UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 82

CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LES INFIRMIÈRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Janvier 1936

PAR

Andrée-Jeanne-Clary ESCHAUZIER

née à Arbanats (Gironde), le 31 octobre 1908

Examinateurs de la Thèse :

MM. LEURET, professeur ..... *Président.*

DUPÉRIÉ, professeur ..... *Juges*

DAMADE, agrégé ..... *Juges*

PIÉCHAUD, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1936

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543912_0022

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1935-1936

N° 82

CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT
DE LA TUBERCULOSE
CHEZ LES INFIRMIÈRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 8 Janvier 1936

PAR

Andrée-Jeanne-Clary ESCHAUZIER

née à Arbanats (Gironde), le 31 octobre 1908

Examinateurs de la Thèse

MM. LEURET, professeur ..... *Président.*

DUPÉRIÉ, professeur ..... } *Juges*

DAMADE, agrégé ..... }

PIÉCHAUD, agrégé ..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. BIÈRE

18-20-22, rue du Peugue

1936

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE,
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC, DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉGNOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHEVILLE.	Clinique dentaire	DUBECQ.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.		

LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	N.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Pharmacie chimique	VITTE
Médecine opératoire	F. PAPIN	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)	Médecine légale	DERVILLÉE
Puériculture	FAUGÈRE	Bactériologie	MOUREAU

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE
LE DOCTEUR EDOUARD ESCHAUZIER

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MA SŒUR — A MON BEAU-FRERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le Docteur LEFEVRE
M. le Professeur CARLES
M. le Professeur ROCHER
M. le Professeur PETGES
M. le Professeur CRUCHET
M. le Professeur CASSAET
M. le Professeur ANDERODIAS
M. le Professeur LEURET

AUX MEDECINS DU SANATORIUM DES PETITES ROCHES

AUX MEDECINS DU SANATORIUM CHANTOISEAU

Qu'il me soit permis de leur exprimer ici toute ma respectueuse reconnaissance

A Monsieur le Docteur E. RIST

médecin de l'hôpital laennec
membre de l'académie de médecine
officier de la légion d'honneur

En remerciement de son accueil bienveillant et de ses précieux conseils.

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. PIECHAUD

MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER D'ACADÉMIE

En témoignage de ma profonde reconnaissance pour les conseils éclairés et l'aide bienveillante que vous m'avez apportés depuis le début de mes études jusqu'à ce travail même.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEURET

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM XAVIER-ARNOZAN

MÉDAILLE D'ARGENT DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre gratitude pour le précieux enseignement qu'il nous a dispensé sur les bancs de la Faculté comme au lit du malade et pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Les séjours que nous avons faits à Briançon au Sanatorium des Infirmières ont posé pour nous la question de la tuberculose maladie professionnelle. Sans prétendre résoudre ce problème déjà si souvent agité, nous avons voulu rechercher :

1° Si les cas qui nous entouraient présentaient dans les conditions de leur développement une certaine analogie et permettaient d'isoler quelques facteurs communs.

2° Si les circonstances entourant le début de ces tuberculoses évolutives relevaient :

Soit des conditions mêmes du travail d'infirmière,

Soit du passé individuel ou familial de chacune.

Les facteurs entourant cette question sont complexes et ce n'est pas une étude aussi limitée que la nôtre qui peut apporter une solution ; mais nous aimerions attirer l'attention ainsi sur une série de recherches instructives et rendues actuellement difficiles par l'absence de documents.

DIVERSES OPINIONS SUR LA TUBERCULOSE DU PERSONNEL INFIRMIER

Depuis que l'on agite le problème de l'étiologie de la tuberculose, aussi bien avant les découvertes de Villemin et de R. Koch, que depuis, la question de la tuberculose du personnel infirmier et des médecins a intéressé les chercheurs.

En effet il semblait que l'on devait trouver là de quoi confirmer ou infirmer d'une façon particulièrement démonstrative les opinions contagionnistes ou anti-contagionnistes. En réalité le problème s'est révélé moins simple qu'on ne l'avait d'abord pensé et l'on ne peut qu'être déconcerté par les résultats contradictoires des statistiques et les interprétations qu'elles suscitent. Là où on avait cru pouvoir étayer solidement une théorie on s'aperçoit qu'un même fait peut avoir plusieurs interprétations. Deux théories sont donc restées jusqu'à ces derniers temps en présence :

La première admettant de nombreux cas de tuberculose dans le personnel médical et infirmier;

La seconde affirmant chez celui-ci l'absence totale ou l'extrême rareté de cette même maladie.

La cause d'opinions si divergentes provient sans doute des insuffisances de la documentation. Parmi ces insuffisances, la plus difficile à remplacer est le manque de dossiers concernant le personnel hospitalier au début de son service, et nous verrons que, si heureusement à l'heure actuelle cette lacune tend à se combler, elle est encore singulièrement gênante et constitue en France un obstacle des plus importants à un travail sérieux et démonstratif.

Deux facteurs également dont il importerait de tenir compte car ils sont peut-être susceptibles de modifier considérable-

ment les chiffres, sont d'une part l'hygiène générale de la vie des sujets considérés et, d'autre part, les conditions matérielles dans lesquelles ils travaillent : dans les rapports de malade à infirmière, le manque de discipline du malade, le manque d'aseptie chez l'infirmière qui manie sans précautions les crachoirs et les différents objets usuels souillés par le malade, peuvent, s'il existe une contagon tuberculeuse même restreinte, influencer sensiblement une statistique. Cela a paru si logique que nombre de médecins de sanatorium se glorifient de ne relever aucun cas de tuberculose dans leur personnel, attribuant ce résultat à de sages mesures d'hygiène imposées à chacun.

Dans l'hygiène générale de la vie, des différences peuvent se produire, et ce sont là également des possibilités de modifications considérables c'est ainsi que nous devons faire jouer un grand rôle au travail excessif, à une vie absorbante en dehors de la vie professionnelle, à une nourriture suffisante et régulière, à un sommeil suffisant, à une bonne aération. Si l'on trouve souvent une prédominance marquée de lésions tuberculeuses chez les infirmières appartenant à des ordres religieux, il faut sans doute attribuer ce phénomène à leurs mauvaises conditions d'hygiène.

Il semble par contre que certaines statistiques fondées sur la mortalité par tuberculose soient au-dessous de la vérité. Cornet, dans ses statistiques comparées de la mortalité des sœurs évangéliques et des religieuses catholiques, signale que nombre de décès des premières ne sont pas mentionnés, du fait du retour de la malade dans sa famille. Myers, étudiant la statistique du J. A. M. A. concernant la mortalité tuberculeuse des médecins américains, la considère comme fausse.

Il estime : 1° que nombreux sont les médecins tuberculeux qui dissimulent leur affection de peur de voir fuir les clients; 2° que dans la déclaration de décès on se contente le plus souvent de signaler la complication terminale; 3° que dans une maladie présentant le caractère de chronicité de la tuberculose, une affection intercurrente peut entraîner la mort, la tuberculose du défunt étant de ce fait annulée sur la statistique.

Lui-même fournit deux statistiques, portant sur deux promotions de médecins, l'une comportant, après 20 ans, 20 % de cas de tuberculose, la deuxième, après 15 ans, 17 %.

Toutefois ces chiffres ne s'accompagnent d'aucun détail; nous ignorons sur combien de sujets porte la statistique et si l'on peut se baser sur un examen médical quelconque pour affirmer qu'ils étaient indemnes avant leurs études.

Au reste, pour l'examen et la critique des diverses statistiques générales sur lesquelles se basent ces deux opinions le mieux est de se reporter à l'excellent exposé d'Arnould publié en 1932 dans la *Revue de Phtisiologie médico-sociale.*

Il est d'ailleurs très difficile de juger de la valeur de la plupart des statistiques car elles s'appuyent sur la comparaison avec les chiffres moyens de la population générale qui ne leur sont pas rigoureusement comparables.

Beaucoup plus intéressantes, pour fixer les risques professionnels de contagion, sont les statistiques, portant sur les différentes infirmières ou les différents étudiants d'une même organisation, comme par exemple les hôpitaux de Paris, entre les services tuberculeux et les services non tuberculeux. Là les causes d'erreur sont réduites au minimum : mêmes conditions d'hygiène générale, même milieu social, mêmes habitudes de vie, etc.

Telle est la statistique de Pissavy, qui compare infirmiers et étudiants des services de médecine générale et de tuberculose pendant l'année 1926.

	Services tuberculeux	Services non tuberculeux
Infirmiers	Sur 411 — 15 malades soit 3,5 %	Sur 1087 — 17 malades soit 1,5 %
Etudiants	Sur 113 — 10 malades soit 8,8 %	Sur 388 — 12 malades soit 3,5 %

Mais là nous ignorons les modalités de l'examen pratiqué de part et d'autre et on peut se demander si les examens dans les autres services ont été aussi suivis et aussi minutieux que dans les services de tuberculose.

En outre faire porter une statistique de ce genre sur une seule année paraît un peu insuffisant.

Telle est aussi celle, beaucoup plus importante, de Rist et Bellières, beaucoup plus démonstrative par son étendue, sa durée et sa technique impeccable.

Celle-ci montre une augmentation marquée des cas de tuberculose chez les employés des services tuberculeux, ainsi qu'il résulte du tableau suivant :

Années	Personnel infirmier global	Personnel des salles de tuberculose	Personnel des autres salles	Personnel ouvrier
1926	0,61	1,29	0,52	0,91
1927	0,45	0,93	0,38	0,99
1928	0,60	0,82	0,57	0,49
1929	0,58	0,83	0,54	0,35
1930	0,46	0,57	0,44	0,43
morbidité moyenne pour les 5 ans	0,54	0,88	0,48	0,63

Bellières a en outre comparé les chiffres de la mortalité tuberculeuse du personnel infirmier avec ceux de la population parisienne globale, soit, pour 10.000 et sur une période de 8 ans : 25, pour la population parisienne et 30,9 pour le personnel infirmier — soit un excédent de 19 %.

Mais Arnould fait remarquer qu'il n'est pas juste de comparer des groupes dont la composition par âge est dissemblable; il ramène donc les chiffres de mortalité de la population générale à la mortalité entre 20 et 59 ans et il obtient une moyenne de 27,9 pour 10.000 au lieu de 30,9; l'excédent de la mortalité tuberculeuse du personnel infirmier sur la population générale d'âge correspondant ne dépasse donc pas 10 %.

Toutefois nous ferons remarquer que les infirmières de l'assistance publique sont choisies parmi des infirmières diplômées et se trouvent donc provenir d'un milieu doublement sélectionné :

1° par l'admission aux écoles d'infirmières,

2° par la période des études qui élimine un certain nombre d'élèves malades.

A cet égard, la statistique de Kristenson, rapportée par Arnould, est particulièrement intéressante.

Kristenson a comparé les élèves-infirmières de l'hôpital d'Upsala, avec les élèves de l'école ménagère. Il a trouvé chez les élèves-infirmières une morbidité de 21,9 % et une mortalité de 1,6 % et à l'école ménagère, une morbidité de 11,5 et une mortalité de 0,25 %. Or, il est signalé que l'hérédité tuberculeuse ou les contagions antérieures au début des études étaient en plus grand nombre dans le groupe des élèves de l'école ménagère que dans le groupe des infirmières.

Non moins instructives sont les études de Heimbeck, Scheel, Geer, Shipman qui recherchent l'état allergique de chaque élève-infirmière ou étudiant en médecine à l'aide de la cuti- ou de l'intradermo-réaction à la tuberculine et suivent ses variations au cours des études en même temps que les rapports présentés avec la morbidité tuberculeuse.

Heimbeck, sur 1.765 observations mensuelles d'infirmières à cuti-réaction positive, relève au cours d'un semestre trois cas de tuberculose alors que sur 1.192 élèves à cuti-réaction négative dans le même temps 30 cas de tuberculose se produisent.

De même, étudiant l'action de la vaccination par le B. C. G. sur les infirmières dont la cuti-réaction est négative, il trouve, pour un groupe de 636 cas et dans la même période un seul cas de tuberculose.

Toutefois les observations de Shipmann et Davis à California Hospital ne les conduisent pas au même résultat ; ceux-ci estiment que les élèves-infirmières ayant une cuti-réaction négative à l'arrivée, gardent pour la plupart cette cuti-réaction négative jusqu'à la sortie et que la morbidité tuberculeuse, qui est parmi les élèves environ de 6 à 7 % pour la durée des études, est présentée presque exclusivement par les élèves dont la cuti-réaction était positive à l'arrivée.

Mais tous ces résultats, si intéressants soient-ils, nous paraissent encore incomplets et il nous semble qu'il y aurait matière à une étude comparative étendue sur différents groupes, d'âges et de conditions sociales comparables, comme dans la statistique de Kristenson, mais en délimitant au début des groupes à cuti-réaction positive et des groupes à cuti-

réaction négative, de telle sorte que la morbidité tuberculeuse de chaque groupe puisse se délimiter en milieu hospitalier et en milieu non hospitalier. De cette étude seulement pourrait sortir une comparaison efficace du risque professionnel non seulement du sujet non allergique, ce qui tend à être de plus en plus admis, mais surtout du sujet allergique. Ce serait, en d'autres termes, poser d'une façon interessante le problème encore si discuté des surinfections de l'adulte et faire faire un réel pas en avant à l'étude de l'étiologie de la tuberculose.

ETUDE DES FACTEURS AYANT ENTOURE LE DEVELOPPEMENT DE LA TUBERCULOSE D'APRES CINQUANTE-SIX OBSERVATIONS D'INFIRMIERES EN TRAITEMENT AU SANATORIUM CHANTOISEAU.

Les cas que nous avons étudiés ont été suivis au Sanatorium des Infirmières de Briançon. Ceci nous a obligé à nous limiter aux seuls renseignements fournis par la malade puisque celle-ci est éloignée de son milieu familial et de son travail. Il ne nous a donc pas été possible de ce fait de compléter notre enquête par l'interrogatoire et l'examen des familles ou la vérification personnelle des conditions professionnelles.

Technique de l'enquête.

Notre questionnaire a comporté trois sortes de demandes concernant :

Les antécédents familiaux;
Les antécédents personnels;
L'histoire professionnelle jusqu'à la maladie.
Ceci compris de la façon suivante :

Antécédents familiaux. — Nous avons recherché la cause de la mort des ascendants et des collatéraux.

Nous avons en outre demandé quelques renseignements sur la santé des membres de la famille actuellement vivants, insistant de préférence sur toute manifestation pulmonaire, ganglionnaire, osseuse, péritonéale ou méningée, susceptible de faire soupçonner des contacts tuberculeux discrets ou massifs. Chaque fois que cela nous a été possible, nous avons fait

préciser la date et la durée du contact par rapport à l'âge de la malade.

Souvent il est impossible d'avoir une certitude quant au début du contact infectant; nous nous sommes donc surtout attaché à en faire préciser la date terminale, en général plus facile à établir, en précisant en outre, si cette terminaison s'est produite par décès ou par séparation, et, dans ce cas, combien de temps avant la mort ou la guérison clinique.

Les conditions d'hygiène ayant entouré ce contact ont été précisées autant que possible.

Nous avons en outre relevé quelques cas de tuberculose familiale paraissant postérieurs au développement de la tuberculose de nos infirmières.

Antécédents personnels. — Ils ont porté sur toutes les manifestations pathologiques de l'enfance ou de l'âge adulte jusqu'au début du travail d'infirmière, en insistant sur toute manifestation permettant de suspecter une tuberculose faiblement évolutive.

Nous avons demandé en outre quelques renseignements concernant les conditions des études scolaires (en externat ou en internat) et le lieu de leur résidence (séjour urbain ou rural).

Nous avons tout spécialement recherché les contacts tuberculeux étrangers se produisant dans le milieu familial : serviteur, parent éloigné; ou hors du foyer : compagne d'étude, d'atelier ou de bureau; en faisant toujours préciser la durée et l'intimité du contact.

Histoire professionnelle. — Elle débute à l'entrée à l'école d'infirmières ou au premier service bénévole ou rémunéré auprès des malades.

Pour les élèves-infirmières et les infirmières diplômées nous avons donc demandé :

1° Si un examen médical avait été fait à l'entrée à l'école d'infirmières (examen général et auscultation pulmonaire avec radioscopie, avec radiographie, avec cuti-réaction à la tuberculine).

2° Quelle avait été la durée des études et leurs conditions : la succession des divers stages hospitaliers ou du moins, le nombre, l'époque et la durée des services de tuberculose, en comprenant sous ce titre les stages de sanatorium, de dispensaire anti-tuberculeux ou de salles de médecine générale contenant de nombreux tuberculeux.

3° Comment avaient été supportées ces années d'études : impressions de fatigue, amaigrissement, incidents pathologiques de tous ordres.

4° Divers renseignements relatifs à l'exercice de la profession et nous avons noté :

Les diverses catégories de malades soignés (chirurgicaux, médicaux, tuberculeux) ;

Les conditions du travail, spécialement dans la période précédant la maladie (horaire du travail en particulier les veilles, régularité, conditions d'hygiène ;

Les divers incidents pathologiques tuberculeux ou autres survenus avant l'interruption actuelle du travail ;

La cause apparente de l'épisode évolutif actuel, si une cause peut être invoquée.

Pour l'établissement de ce dossier général nous nous sommes heurté à un certain nombre de difficultés et principalement à l'absence de précisions : tant sur la famille et les antécédents personnels que sur les circonstances mêmes de la vie professionnelle.

1° *Sur la famille.* — Il est très difficile d'obtenir des renseignements précis sur ce qu'a été l'état de santé des grands-parents ou des oncles et des tantes, et par ailleurs bien des causes de décès sont inconnues dès qu'il ne s'agit plus des ascendants directs. En outre, de par leur éducation médicale, certaines de nos malades ont , sans aucun doute, porté des diagnostics rétrospectifs qui, de ce fait, peuvent manquer de rigueur.

Enfin, toute la vie pathologique d'un individu n'est pas résumée dans la maladie qui a causé la mort et nous comprenons parfaitement qu'un homme mort d'une congestion cérébrale ou dans un accident d'automobile ait pu être un tuber-

culeux torpide ignoré de ses proches. C'est pourquoi nous nous sommes attaché à connaître le plus souvent possible les maladies essentielles survenues au cours de la vie et l'âge du décès.

Malgré cela, il reste dans cette partie de notre travail une cause d'erreur qui n'est pas négligeable mais que nous n'avons pas pu éviter.

2° *Sur les antécédents personnels* de l'enfance et de l'adolescence de nos infirmières nous avons certainement des lacunes analogues quoique moins importantes :

Par oubli de la part de la malade qui passe sous silence involontairement certains épisodes pathologiques qui ne sont cependant pas sans intérêt : grippe, pleurite, etc.

Par ignorance du diagnostic porté dans certains cas; ainsi pour certaines affections relevant de spécialistes comme les affections oculaires ou dermatologiques ou encore pour les maladies du très jeune âge, comme dans l'observation XXX où l'on nous signale vers l'âge de 3 ou 4 ans des hématuries dont l'origine et l'évolution restent entièrement ignorées.

Par ignorance enfin, des facteurs moraux : soucis, chagrins dont l'importance est réelle mais qui sont d'autant moins signalés qu'ils sont plus pénibles.

3° *Sur les circonstances mêmes de la vie professionnelle*, par absence de dossiers précis au début des études.

Sur nos 56 malades, une seule a eu à l'entrée à l'école d'infirmières une cuti-réaction à la tuberculine, 5 une radiographie, 9 une radioscopie. Il est en outre très difficile de juger à distance les conditions d'hygiène du travail professionnel; à ce point de vue nous avons été évidemment obligé de nous en remettre à la bonne foi de nos malades.

Quelques chiffres généraux.

D'après nos dossiers, nous avons pu ainsi établir quelques chiffres sur des données très générales. Le nombre très limité d'observations sur lesquelles nous nous basons, ne permet d'envisager ceux-ci que comme des indications toutes relatives.

Proportion des èlèves et des infirmières. — Sur 56 observations nous avons :

44 infirmières,
12 élèves ; soit 23 %.

A ces chiffres nous avons pu ajouter ceux des dossiers antérieurs des malades en traitement au sanatorium et reparties avant notre venue, soit :

26 infirmières,
4 élèves,

et même ceux des demandes d'admission n'ayant pas abouti mais qui fournissent cependant cette indication.

73 demandes d'infirmières,
23 demandes d'élèves.

Au total : 143 infirmières,
pour 39 élèves soit 27 %.

Temps de service de nos infirmières malades d'après nos dossiers et les dossiers anciens, soit 44 + 26.

Temps de service	1re série Observations personnelles	2e série Observations anciennes	Total
avant 1 an	8	5	13
entre 1 et 2 ans	11	6	17
entre 2 et 5 ans	9	7	16
entre 5 et 10 ans	13	5	18
après 10 ans	2	3	5

Temps d'études des élèves malades d'après nos dossiers et les dossiers anciens, soit 12 + 4.

Temps d'études	1re série	2e série	Total
1re année	4	2	6
2e année	5	2	7
3e année	1		1

2 élèves ont interrompu puis repris leurs études.

— Sur nos 44 observations d'infirmières :

14 avaient présenté des manifestations de tuberculose

avant de prendre du service ou de faire des études d'infirmières, soit :

7 tuberculoses pulmonaires,
1 tuberculose pulmonaire et osseuse,
6 tuberculoses extra-pulmonaires.

Sur nos 12 observations d'élèves, 6 avaient présenté des manifestations de tuberculose avant leurs études, soit :

3 tuberculoses pulmonaires,
3 tuberculoses extra-pulmonaires.

— Sur 11 infirmières et élèves ayant présenté des lésions de tuberculose pulmonaire avant tout service hospitalier :

Chez 5 infirmières et 2 élèves la maladie actuelle continue directement l'épisode initial

Chez 3 infirmières et 1 élève la guérison clinique paraissait obtenue et la rechute s'est produite de 7 à 16 ans après. La période de travail professionnel ayant été :

dans 1 cas, de moins d'un an.
dans 1 cas, de 2 ans.
dans 1 cas, de 5 ans.
dans 1 cas, de 10 ans.

— Sur 30 infirmières n'ayant pas présenté de lésions tuberculeuses avant l'entrée à l'école, 11 ont présenté des accidents tuberculeux, certains ou douteux, en cours d'études, se répartissant en :

2 pleurésies, 1 pleurite, 1 hémoptysie, 1 érythème noueux, 2 grippes (?) ayant nécessité une cure climatique de plusieurs mois, 1 asthénie intense avec amaigrissement important, 1 tuberculose pulmonaire, 2 cas où sans épisode évolutif apparent quelques ombres radioscopiques nouvelles sont trouvées à la sortie de l'école.

Une tuberculose évolutive s'est déclarée
moins d'un an après ces accidents, dans 2 cas,
de 1 à 2 ans après, dans 2 cas;
de 2 à 5 ans après, dans 3 cas;
de 5 à 10 ans après, dans 2 cas;
plus de 10 ans après, dans 2 cas.

Chez les 11 infirmières ayant présenté en cours d'études des accidents tuberculeux douteux ou incertains :

2 se sont produits la 1re année;

4 se sont produits la 2e année;

4 se sont produits la 3e année;

1 s'est produit au cours de la 2e année d'études mais l'élève avait travaillé auparavant pendant 3 ans.

Chez les 45 infirmières et élèves n'ayant pas présenté auparavant de tuberculose pulmonaire celle-ci est reconnue :

Chez 35 d'entre elles entre 20 et 30 ans, soit 21 de 20 à 25 et 14 de 25 à 30.

Chez 7 d'entre elles entre 30 et 40 ans;

Chez 3 d'entre elles entre 40 et 45 ans.

Notion des contacts tuberculeux.

Ceux-ci présentent un intérêt tout particulier car ils constituent l'élément essentiel du grand problème de la contagion de la tuberculose chez l'adulte.

Cependant, dans notre recherche, on peut admettre *a priori* qu'ils n'ont été épargnés à aucune de nos malades, même à celles qui n'ont pas séjourné dans des services spécialisés dans le traitement ou le dépistage de la tuberculose, car il est facile de comprendre, que parmi les nombreux malades de toutes catégories avec qui une infirmière entre en rapports au cours seulement d'une année de service, il est passé un nombre plus ou moins considérable de tuberculeux connus ou inconnus.

Ceci étant posé dès l'abord, nous avons tenu cependant à rechercher et à classer les contacts tuberculeux connus : contacts familiaux, contacts étrangers, contacts professionnels.

La tuberculose familiale. — Deux groupes essentiels :

Les tuberculoses familiales avec contacts;

Les tuberculoses familiales sans contact infectant, c'est-à-dire développées hors de l'entourage de la malade ou dans l'entourage direct de celle-ci mais sans émission bacillaire (méningites, pleurésies, etc.).

Nous étudierons donc ces deux groupes suivant les différents degrés de parenté :

1° *Tuberculose du père ou de la mère.* — Nous avons classé là non seulement les tuberculoses diagnostiquées incontestables mais encore les cas douteux où la tuberculose est seulement probable.

Nous la trouvons dans 19 cas soit environ 1/3 de nos observations. Toutefois 5 d'entre elles ne paraissent pas s'accompagner de contact infectant (3 pleurésies sans suites pathologiques. 1 tuberculose pulmonaire cliniquement guérie plusieurs années avant la naissance de la malade. 1 tuberculose pulmonaire développée après la séparation d'avec l'enfant).

Nous avons le même nombre de tuberculoses paternelles et de tuberculoses maternelles et un cas de tuberculose du père et de la mère.

Nous ajouterons à ces cas deux observations concernant deux pères qui eurent une pleurésie, le premier 8 ans après les premiers accidents tuberculeux présentés par sa fille, le deuxième quelques semaines après la séparation d'avec sa fille qui, après une bronchopneumonie venait d'être dirigée vers une station climatique sans que, toutefois, le terme de tuberculose ait été prononcé.

2° *Tuberculose des frères et sœurs.* — Nous la retrouvons dans 13 observations dont 6 seulement coïncident avec celles de tuberculose des parents; 8 de ces observations du reste ne comportent pas de contact infectant.

Là encore nous ajouterons deux cas où la tuberculose d'une jeune sœur s'est développée postérieurement à celle de notre infirmière et après un contact plus ou moins prolongé avec celle-ci.

3° *Tuberculose des grands-parents ou des oncles et des tantes.* — Nous n'avons noté que les cas où il n'y a pas en même temps tuberculose du père ou de la mère à moins que ces cas ne comportent pas de contact.

Nous avons 13 cas mais dont 6 seulement s'accompagnent de contact.

Ces cas coïncident avec la tuberculose des frères et sœurs 5 fois (1 cas avec contact, 4 cas sans contact).

En résumé, pour nos tuberculoses familiales nous arrivons au total de 35 cas dont quelques-uns admettent des contacts multiples et répétés mais dont 17 ne s'accompagnent d'aucun contact infectant apparent.

Les contacts tuberculeux étrangers antérieurs à la vie professionnelle.

Nous n'avons guère là que des contacts répétés et auprès de malades graves ou en période terminale. Ils sont dus à un conjoint, à une amie, à un serviteur, à une compagne de travail, etc.

2 se sont produits alors qu'il existait déjà un contact familial infectant.

6 se sont produits hors de toute contagion familiale mais dans une famille non exempte d'antécédents tuberculeux, un de ces cas ne comporte toutefois que des rapports peu suivis et dans de bonnes conditions d'hygiène qui écartent d'une façon à peu près certaine la notion de contagion.

7 enfin se sont produits hors de tout antécédent familial de tuberculose; de même que dans la série précédente un de ces cas comporte des conditions telles qu'on peut le considérer comme non infectant.

Les contacts professionnels. — Nous avons précédemment fait remarquer que ces contacts ont certainement existé dans chaque cas; mais à côté des contacts inconnus qui ne sont peut-être pas les moins importants car ils prennent au dépourvu, existent des contacts professionnels connus et importants; nous considérons comme tels :

1° *Les services de sanatorium* et plus spécialement d'*hôpital-sanatorium*, celui-ci comportant un nombre beaucoup plus considérable de malades graves dont les émissions bacillaires sont particulièrement riches. Ces services toutefois ne doivent pas être dangereux si les infirmières obéissent à une technique d'asepsie rigoureuse, si le personnel affecté au ménage, au blanchissage et au nettoyage des objets usuels (vaisselle, lite-

rie, crachoirs, etc.) est suffisamment averti et consciencieux, si les malades sont convenablement éduqués, enfin si une surveillance attentive et intelligente intervient dans les moindres détails, et nous devons reconnaître que les choses se passent ainsi dans un certain nombre d'établissements.

Par contre si ces précautions d'hygiène ne sont pas suivies par suite de l'indocilité de certains malades, d'un matériel trop rudimentaire ou de l'étourderie ou de la paresse de quelques membres du personnel, la situation se trouve entièrement modifiée et les contacts infectants peuvent se multiplier.

2° *Les services de médecine* contenant des *tuberculeux.*

3° *Les services de dispensaire anti-tuberculeux* où l'infirmière peut être exposée du fait de l'absence d'hygiène des malades soit lors de leur venue au dispensaire, soit au cours des visites faites à domicile.

4° Les services de *chirurgie pulmonaire* qui comptent une majorité de *tuberculeux à lésions ouvertes.*

5° Les *gardes à domicile auprès de tuberculeux* ; celles-ci nous paraissent particulièrement dangereuses car il s'agit presque toujours de malades graves dans un milieu moins bien adapté aux mesures d'hygiène qu'une clinique ou un hôpital et prêtant souvent à des compromis regrettables.

6° Les *services de laboratoire* où les erreurs de technique exposent à des infections massives.

Nous avons donc recherché, pour ces contacts professionnels, combien de nos malades y avaient été exposées dans l'année même où elles étaient tombées malades.

— Sur 14 infirmières qui n'avaient aucune histoire de tuberculose familiale ni aucun contact étranger connu :

8 étaient ou avaient été dans l'année dans un service de tuberculose.

1 avait été 5 ans auparavant pendant 10 mois dans un service de tuberculose.

5 n'avaient jamais eu de contact professionnel important connu.

— Sur 10 infirmières ayant une histoire de tuberculose familiale mais aucun contact ni familial ni étranger :

3 étaient ou avaient été dans l'année dans un service de tuberculose.

7 n'avaient jamais eu de contact professionnel important connu.

— Sur 17 infirmières ayant une histoire de tuberculose familiale avec contacts :

9 étaient ou avaient été dans l'année dans un service de tuberculose.

1 avait été 3 ans auparavant pendant 11 mois dans un service de tuberculose.

7 n'avaient jamais eu de contact professionnel important connu.

— Sur 7 infirmières sans histoire familiale de tuberculose mais ayant eu un contact tuberculeux étranger :

5 étaient ou avaient été dans l'année dans un service de tuberculose.

2 n'avaient jamais eu de contacts professionnels importants connus.

— Sur 6 infirmières ayant eu une histoire de tuberculose familiale sans contact et un contact tuberculeux étranger :

4 étaient ou avaient été dans l'année dans un service de tuberculose.

2 n'avaient jamais eu de contact professionnel important connu.

— Sur 2 infirmières ayant eu à la fois un contact tuberculeux familial et un contact tuberculeux étranger :

1 était dans un service de tuberculose.

1 n'avait jamais eu de contact professionnel important connu.

Ce qui montre au total que sur 56 infirmières ou élèves :

30 sont tombées malades alors qu'elles étaient ou avaient été dans l'année dans un service de tuberculose.

2 avaient été 3 et 5 ans auparavant dans un service de tuberculose.

24 n'avaient jamais eu de contact professionnel important connu.

Mais parmi nos 56 infirmières ou élèves, 20 avaient présenté auparavant des lésions tuberculeuses; si nous les retranchons

des chiffres précédents cela nous ramène de 30 à 16 et de 24 à 18.

De toute cette étude du contact tuberculeux il est impossible de tirer une conclusion d'abord à cause des chiffres très limités sur lesquels nous nous basons, ensuite à cause de la superposition trop complexe de ces différents facteurs.

Bien que plus de la moitié de nos malades aient des antécédents familiaux de tuberculose proches ou lointains, 1/3 seulement paraissent avoir été soumises à une contagion familiale et parmi celles qui n'étaient pas tuberculeuses avant de commencer leur travail d'élève ou d'infirmière, la moitié se sont trouvées dans l'année même où elles sont tombées malades dans un service de tuberculose.

Vouloir tirer une déduction plus précise de ces chiffres serait factice et nous ne le tenterons pas.

Les facteurs favorisants.

Celui qui paraît primer tous les autres facteurs par sa fréquence et son importance, c'est le **surmenage**.

La grande majorité de nos infirmières accusent en effet un surmenage plus ou moins considérable dans leur vie professionnelle.

Toutefois avant d'insister sur ce facteur, à notre avis primordial, nous tenons à faire remarquer la difficulté qu'il y a souvent à préciser si celui-ci est réel ou imaginaire.

Il ne s'agirait pas, en effet, de confondre la cause, surmenage, avec un de ses effets la sensation de fatigue car celle-ci est ressentie presque toujours par le tuberculeux au début de sa maladie, même si son travail n'a rien d'excessif pour un individu en bonne santé. Il y a là pour le malade une confusion toute naturelle mais dans laquelle nous ne devons pas tomber.

Nous allons donc essayer d'analyser un peu les divers élément de cet excès de travail de l'infirmière.

1° *L'excès d'heures de travail.* — Il est très remarquable, en effet, de constater qu'alors qu'une législation a fixé pour

toutes les professions un horaire de 8 heures de travail, *nous voyons constamment demander à des infirmières une journée de* 10, 11 *ou* 12 *heures.*

En effet la plupart du temps l'infirmière hospitalière commence son travail à 7 heures du matin et ne le quitte qu'à 9 heures du soir; le plus souvent un système de roulement lui assure une heure environ de repos pour chacun des principaux repas : ce qui donne une journée de travail de 12 heures. Dans certaines maisons une ou deux heures de repos sont accordées dans l'après-midi, délassement utile et réparateur mais qui laisse malgré tout un travail de 10 heures.

Beaucoup d'établissements hospitaliers assurent en outre à leurs infirmières une journée de repos par semaine mais nombreuses aussi sont les maisons où cette libéralité se réduit à une demi-journée et en général ce ne sont pas celles où le travail de semaine est le moins dur; nous sommes loin de la semaine de 50 heures !

Pour l'infirmière visiteuse, l'horaire de travail fixé théoriquement à 8 heures est plus difficile à délimiter car il varie pratiquement avec les exigences de chaque jour; mais il représente peut-être encore plus de fatigues avec ses nombreux déplacements à toute heure et par n'importe quel temps.

Et à propos de l'horaire de travail nous voudrions attirer l'attention sur la *question des veilles.*

Nous avons parmi nos observations quelques cas particulièrement frappants.

Une de nos malades (obs. XXI) avait en plus de son service hospitalier à assurer chaque semaine une nuit complète de veille, le travail du lendemain restant rigoureusement le même.

Une autre infirmière (observation III) était dans un sanatorium de plaine recevant de grands malades; les cinq infirmières de cet établissement *devaient chacune à tour de rôle et pendant* 15 *nuits consécutives assurer la garde de nuit sans pour cela interrompre leur service de jour.*

Une autre (obs. LIV), sage-femme de la maternité d'une grande ville, *avait une nuit de veille sur* 4, *compensée seulement par* 6 *heures de repos* (de 10 à 16 heures) le lendemain.

Une autre jeune fille, dont l'observation ne figure pas ici car nous l'avons connue avant d'entreprendre ce travail, était *seule infirmière* dans un petit *établissement de* 20 *à* 30 *lits* recevant des tuberculeux à la période terminale. Chaque fois qu'un accident se produisait dans la nuit (et avec de grands malades le cas est loin d'être exceptionnel), elle devait assurer les soins nécessaires mais le travail du lendemain restait évidemment le même.

Ces quelques observations concernent des maisons où le travail de veille est organisé d'une façon systématique mais il va sans dire que beaucoup de maisons ne se préoccupent pas d'une autre organisation que celle-ci : l'infirmière dont l'horaire de travail est limité dans la journée doit en supplément et suivant les hasards de son service assurer *les soins d'urgence* qui peuvent se présenter dans la nuit.

Et cela nous amène à un autre aspect du travail de l'infirmière : le *surmenage intermittent*.

Certains services se présentent normalement, comme demandant un effort raisonnable mais par certaines périodes d'épidémie ou dans certains cas, par le hasard des séries, le travail peut devenir considérable. Si la période de surcharge est de courte durée et si l'infirmière est bien portante, elle en ressentira peu de dommages; si la période se prolonge ou coïncide avec une dépression de l'état général de l'infirmière, les conséquences peuvent en être graves.

Il nous semble qu'il y a là un ensemble de faits qui devraient attirer l'attention des pouvoirs publics et avant tout du corps médical.

Si ce que nous venons d'appeler le surmenage intermittent est à peu près impossible à éviter ou à réglementer il est *inadmissible qu'à l'heure actuelle on puisse encore exiger de certains individus un travail de* 30 *ou* 36 *heures consécutives et cela répété régulièrement tous les quatre ou sept jours* et que rien ne vienne réglementer ce supplément de travail que représentent pour une infirmière les urgences de nuit.

Cette réglementation de l'horaire du service de jour et du service de nuit est certainement difficile à établir; elle est cependant possible.

Il vaudrait certainement mieux, pour l'infirmière, assurer un travail plus important mais dans un temps plus court.

Nous avons vu dans un établissement, le travail organisé en deux équipes travaillant alternativement :

La première : de 7 à 13 heures et de 17 à 19 heures.

La deuxième : de 13 à 17 heures et de 19 à 23 heures.

Une veilleuse assurait la garde de nuit de 23 heures à 7 heures le lendemain matin pour tous les services réunis.

Cette formule qui présente un respect scrupuleux des 8 heures de travail établit une disproportion marquée entre la première et la deuxième équipe, elle nous paraît cependant avantageuse même pour celles qui ont le plus de travail, d'autant plus qu'un roulement peut être organisé.

Mais cette formule n'est pas la seule : dans un autre établissement, les infirmières assurent régulièrement leur service de 8 à 14 heures et de 17 à 21 heures; si l'on en excepte la durée des deux repas cela porte sensiblement l'horaire de travail aux environs des 8 heures. Une infirmière par tour de roulement assure un après-midi par semaine la garde de tous les services de la maison entre 14 et 17 heures uniquement pour les cas d'urgence. Le service de garde de nuit est assuré par une jeune fille au pair qui ne réveille l'infirmière d'étage que pour les cas sérieux et elle-même jouit d'une journée entière de repos chaque fois qu'elle est dérangée la nuit ; si la nuit se passe sans qu'elle soit réveillée, elle fournit quelques heures de travail dans la journée. Si l'état d'un malade exige pendant plusieurs nuits une garde, à partir de la deuxième nuit une garde privée vient en supplément pour assurer la veille.

Nous citons ainsi ces deux organisations que nous avons pu voir très heureusement fonctionner. Il en est certainement d'autres qui peuvent s'adapter à chaque variété d'établissement.

Il ne serait cependant pas juste de considérer le surmenage de l'infirmière comme toujours imputable à son service.

Il est d'autres causes qui sont intervenues chez nos malades.

Le sport, qui, pratiqué avec excès et ajouté à un travail exigeant déjà une certaine dépense physique, finit par devenir une cause importante d'affaiblissement de l'état général.

Les sorties mondaines, les spectacles présentent surtout le grand inconvénient de limiter l'horaire du sommeil.

Chez d'autres, le surmenage est dû à des devoirs familiaux, soit le soin d'un malade, soit les simples soucis de la conduite d'un ménage singulièrement compliqués par le travail de la journée.

Chez d'autres enfin il est dû à un supplément de travail professionnel soit exercé de façon bénévole pour des œuvres de bienfaisance, soit nécessité par des circonstances de fortune et des charges que ne peut assurer le travail régulier.

Il s'agit là évidemment de causes étrangères à l'exercice de la profession d'infirmière mais toutefois nous tiendrons à faire remarquer qu'un travail même relativement doux, s'il s'étend sur un horaire important, oblige à déplacer toutes les autres activités de la vie et transforme les plus simples et souvent les plus indispensables en une surcharge préjudiciable à la santé par la réduction des heures de détente ou de sommeil nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme.

Le surmenage qui existe donc pour l'infirmière se présente-t-il aussi pour l'élève?

Le plus souvent, il n'est que relatif; il correspond à la période difficile d'accoutumance à un travail et un genre de vie entièrement différents.

Avant que l'élève ait pris l'habitude des longues stations debout pendant les stages, il y a de pénibles journées de lassitude; la double part de travail théorique et pratique est pour beaucoup une cause de dépaysement et d'effort car la jeune fille ou la jeune femme qui commence ses études d'infirmière, ou bien a l'habitude du travail intellectuel et supporte mal l'effort physique, ou bien a l'habitude d'une certaine dépense physique mais se trouve gênée par le travail intellectuel. Cet exposé peut paraître un peu théorique mais nous avons été nous-même étonné en interrogeant nos infirmières de voir la plupart accuser une grande fatigue en cours d'études.

Pour beaucoup, la plus dure période à traverser est celle des veilles et à ce sujet il existe quelquefois des abus fort

regrettables dus certainement à un défaut d'organisation de l'école.

Une de nos malades (obs. XVII) débuta dans la maladie par une pleurésie après six mois de stage au cours desquels elle avait assuré à cinq reprises 15 nuits de veille consécutives. Une autre de nos malades eut à assurer, étant élève, pendant 4 mois le même service.

Mais même lorsque les veilles ne dépassent pas une durée normale, elles sont quelquefois très difficilement supportées, tel le cas d'une de nos malades (obs. II) qui dut interrompre son stage de veilles au bout d'une semaine car dans cette courte période elle avait maigri de plus de 3 kg.

Pour certaines, la différence de régime alimentaire a été aussi une cause de moindre résistance.

Il existe du reste quelquefois pour l'élève un surmenage réel, tel le cas d'une de nos malades sans fortune qui pour pouvoir faire ses études remplissait en outre les fonctions de surveillante d'internat dans une pension ou d'une autre qui, également pour gagner sa vie, travaillait à toutes ses heures de liberté et menait de front le double service des soins d une salle de vieillards d'hospice et ses études d'infirmière.

Toutes les causes de surmenage hors service signalées plus haut existent, bien entendu, pour l'élève comme pour l'infirmière diplômée.

Quelques autres facteurs se présentent encore comme ayant entouré d'une façon plus ou moins directe le début de la maladie. Et parmi ceux-ci le plus important c'est la *sous-alimentation.*

Lorsque celle-ci vient d'un manque d'appétit contre lequel on n'a pas réagi, on peut supposer, là encore, qu'elle est la conséquence et non la cause du début de l'affection.

Mais le plus souvent ce n'est pas par manque d'appétit que nos malades se sont mal nourries.

Dans la plupart des cas, c'est par manque de temps que l'infirmière tend à négliger son repas et à ce sujet ce sont les infirmières visiteuses et les assistantes sociales qui sont le

plus souvent en cause. En effet, pour les exigences de leur travail elles sont souvent surprises par l'heure du repas loin de leur domicile et, ou bien laissent passer l'heure et déjeunent ensuite hâtivement, ou bien improvisent tout en marchant un repas de fortune nettement insuffisant à moins qu'elles ne trouvent encore plus simple de ne pas manger du tout.

De ce fait c'est pendant les périodes de plus grande activité qu'elles se trouvent le plus mal nourries.

Il nous a enfin été permis dans quelques cas de supposer que le travail et la négligence n'avaient peut-être pas été toujours seuls en cause mais que le manque de ressources de certaines élèves ou d'infirmières ne travaillant pas d'une façon suivie pouvait avoir conduit quelques-unes d'entre elles à cette dangereuse économie.

Il nous a été signalé également le *travail dans des locaux insalubres*, tel le cas d'une de nos visiteuses qui a travaillé tout l'hiver dans un dispensaire en contruction, humide et exposé aux courants d'air.

Dans trois de nos observations (obs. XII, XXXI, LV) le début de la maladie suit immédiatement une *intervention chirugicale* avec anesthésie générale, deux fois à l'éther, une fois au balsoforme.

Enfin quelques-unes ont présenté une *affection aiguë* quelque temps auparavant :

Une d'elle a eu un an avant, une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Une autre une angine de Vincent 3 mois avant.

Deux ont eu dans le mois précédent une angine avec température élevée.

LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE DANS LES ECOLES D'INFIRMIERES ET LES PROBLEMES QU'ELLE SOULEVE

Parmi toutes les infirmières, les élèves méritent d'être mises à part car vis-à-vis de la maladie, elles présentent certaines particularités qui les rendent plus vulnérables.

1° Leur jeunesse. — Nous avons pu établir dans nos 56 observations d'infirmières, que 43 ont commencé leurs études avant 25 ans, alors que 13 seulement les commençaient après. Elles se trouvent donc à l'âge où la tuberculose sévit au maximum.

2° Leur ignorance relative des mesures de protection qu'elles doivent prendre. — En effet, si, par la suite, une fois formées à la discipline et à l'hygiène, elles se trouvent relativement à l'abri des contagions, à leur arrivée à l'école, elles ne connaissent en général que très mal les précautions indispensables à prendre et, avant d'avoir acquis une technique impeccable, elles commettent maintes erreurs qui peuvent leur être préjudiciables.

Aussi, plus que les infirmières diplômées, sont-elles touchées par les maladies contagieuses de l'enfance et sont-elles de même exposées à la tuberculose.

3° Le changement provoqué par le passage d'une vie souvent sédentaire à une vie active, d'un milieu parfois exempt de tout contact tuberculeux à un milieu inévitablement tuberculisé. De ce fait, l'élève-infirmière court des risques très supérieurs à ceux de l'infirmière diplômée déjà habituée au contact tuberculeux et relativement immunisée.

Nous avons donc trouvé utile d'approfondir particulièrement la question de la prophylaxie de la tuberculose et de la surveillance médicale des élèves-infirmières et nous avons fait une enquête auprès des directrices de toutes les écoles de France et d'Algérie reconnues administrativement pour la préparation à l'examen d'Etat, en exceptant seulement les écoles de massage et d'orthopédie.

La première partie de notre questionnaire a donc porté sur l'examen médical d'admission à l'école et sa modalité.

Y a-t-il simplement examen de l'état général et auscultation? Y adjoint-on une radioscopie ou une radiographie thoracique, une cuti-réaction ou une intradermo-réaction à la tuberculine?

Au cours des études, des examens systématiques de contrôle sont-ils pratiqués, et à quel intervalle?

L'examen d'entrée approfondi, et particulièrement l'examen radiologique, nous paraît d'une très grande importance car parmi nos observations, il en est plusieurs qui permettent de supposer sinon d'affirmer, l'existence d'une tuberculose pulmonaire déjà évolutive au moment de l'admission à l'école d'infirmière.

Et même si cette hypothèse est fausse et si toutes les élèves admises jouissent effectivement d'un excellent état pulmonaire, il est du plus haut intérêt, en face de tout épisode morbide ultérieur, particulièrement les épisodes grippaux ou pseudo-grippaux, d'avoir un dossier complet et détaillé sur l'état de santé de l'élève à son arrivée à l'école. De même les examens systématiques à intervalles réguliers, permettraient certainement de déceler nombre de cas à leur début et d'éviter souvent des années de soins et de dépense.

Quant à la cuti-réaction, depuis que des travaux récents nous ont appris l'existence plus fréquente qu'on ne le supposait, de sujets atteignant l'âge adulte sans avoir établi leur réaction allergique, il paraît non seulement intéressant mais utile de rechercher la réaction tuberculinique des élèves pour pouvoir établir autour des sujets neufs une surveillance plus efficace et leur éviter les contacts tuberculeux massifs contre lesquels leur organisme n'est pas prémuni.

Nous allons ensuite recherché quelle était la limite d'âge inférieure d'admission des élèves, car les auteurs américains E. L. Ross en particulier, insistent sur la fréquence, parmi les infirmières en traitement en sanatorium, de sujets ayant commencé leurs études trop précocement.

Enfin nous avons demandé combien d'élèves avaient dû interrompre leurs études au cours de ces cinq dernières années pour tuberculose pulmonaire et quel avait été le chiffre des admissions d'élèves durant la même période, de façon à pouvoir établir un pourcentage à ce sujet.

Pour 88 questionnaires envoyés, nous avons reçu 74 réponses, mais sur ces 74 réponses, 19 ont été rejetées comme inutilisables.

Une directrice a refusé de répondre à notre enquête sous le prétexte du secret professionnel;

Une autre, dirigeant une école ne comportant qu'un externat, estimait n'avoir aucune responsabilité vis-à-vis de ses élèves;

Une autre ne préparant pas d'infirmières spécialisées dans le traitement de la tuberculose jugeait que de ce fait ses élèves étaient à l'abri de cette maladie.

Les autres réponses tantôt provenaient d'écoles ouvertes depuis trop peu de temps pour que leurs chiffres pussent être réunis à ceux des autres écoles, tantôt ne mentionnaient pas le nombre de leurs élèves et se contentaient d'indications trop vagues abandonnant complètement le cadre de notre questionnaire.

Mais à côté de ces réponses incomplètes, nous en avons reçu au contraire quelques-unes donnant en plus des renseignements demandés, des indications fort intéressantes et nous ne saurions trop remercier les directrices qui ont ainsi collaboré à notre travail.

Ces indications supplémentaires peuvent être divisées en trois catégories différentes :

1° Des considérations d'ordre général constatant : l'avantage qu'il y a pour les élèves dont les parents habitent la même ville à continuer à vivre dans leur famille ce qui leur

assure plus de confort, une meilleure surveillance et représente un changement moins brutal dans leurs habitudes;

L'utilité, lorsque les élèves vivent en internat, d'assurer à chacune une chambre particulière et de s'en tenir à un petit nombre d'admissions de façon à pouvoir surveiller la santé de chacune et intervenir au moindre fléchissement de l'état général;

2° Des mesures destinées à éviter le surmenage des élèves;

Interdiction d'effectuer, en supplément des stages et des cours, des soins et des veilles à domicile;

Préparation systématique du diplôme d'Etat en trois ans, ce qui donne dès lors la possibilité aux élèves fatiguées en cours d'année, d'interrompre quelque temps leurs stages et de leur accorder l'été deux mois entiers de vacances;

3° Des mesures d'hygiène et de surveillance médicale :

Le port obligatoire du masque en service;

Pour les élèves ayant une intradermo-réaction négative on recommence celle-ci de deux mois en deux mois avec examen radioscopique; jusqu'à l'établissement d'une réaction positive on évite les stages de tuberculose en faisant commencer de préférence par les services infantiles; quand la réaction devient positive, on fait une radiographie;

Dans les cas de tuberculose paraissant douteux, on utilise les diverses recherches sérologiques (Besredka, agglutination; Vernes, pouvoir bactéricide des urines et du sang).

Comme on le voit, ces diverses remarques bien que ne présentant pas toutes le même intérêt, traduisent chacune la compréhension des risques encourus par l'infirmière débutante et la nécessité de les limiter autant que possible par des mesures précises.

Résultats de l'enquête.

Morbidité tuberculeuse au cours de cinq dernières années dans les écoles d'infirmières :

Sur les 88 écoles de France et d'Algérie nous n'avons donc retenu que 55 réponses qui représentent toutefois les plus importantes d'entre elles.

Ces 55 réponses nous fournissent un total de 5.871 admissions, parmi lesquelles, on a décelé 81 cas de tuberculose pulmonaire évolutive. 13, 8 ‰ des élèves admises au cours des cinq dernières années sont donc devenues tuberculeuses, mais chacune de celles-ci ayant séjourné à l'école non pas durant cinq ans, mais durant deux ans au minimum ou trois au maximum si l'on veut connaître la proportion annuelle de tuberculose pulmonaire chez nos élèves, ce chiffre se trouve donc compris entre 6, 9 ‰ par excès et 4, 6 ‰ par défaut.

Notre questionnaire était limité aux seules tuberculoses pulmonaires, pour rester comparable à nos observations; cependant, sept écoles nous ayant fourni en plus des cas de tuberculoses pulmonaires, le détail des tuberculoses extra-pulmonaires, nous estimons que ces chiffres ne sont pas sans intérêt.

Ces sept écoles ont totalisé 1.068 élèves parmi lesquelles on a trouvé :

14 tuberculoses pulmonaires, soit 13, 1 ‰ chiffre tout à fait comparable au chiffre général de 13, 8 ‰ ;

8 pleurésies séro-fibrineuses, soit 7, 5 ‰ ;

16 localisations diverses, soit 14, 9 ‰ comprenant: 1 pleurite, 5 érythèmes noueux, 2 typho-bacilloses, 3 péritonites, 1 adénopablie cervicale, 1 mal de Pott, 2 laryngites, 1 tuberculose ostéo-articulaire. Au total, 38 cas de tuberculose, soit 35, 5 ‰. Comme le précédent, ce chiffre s'étend au maximum sur 3 ans et au minimum, sur 2 ans; ce qui nous donne une moyenne annuelle de tuberculose évoluant entre 17, 7 ‰ et 11, 8 ‰.

Ces chiffres nous paraissent considérables si l'on tient compte du fait qu'il s'agit là d'un milieu déjà sélectionné.

En effet, les sujets débiles ne se dirigent généralement pas vers une profession qui met en rapport constant avec des malades et exige une certaine capacité de résistance à la fatigue; en outre, l'examen médical d'entrée permet d'éliminer définitivement ou provisoirement les malades qui s'ignorent. Même si cette sélection ne se produit pas toujours d'une manière aussi rigoureuse qu'on pourrait le désirer, elle doit

malgré tout modifier dans une proportion qui n'est pas négligeable le nombre des tuberculoses ultérieures.

Pour pouvoir juger suivant un point de comparaison, nous avons rapproché ces chiffres de ceux de la morbidité tuberculeuse du personnel infirmier des hôpitaux de Paris fournis par Bellières; l'augmentation chez nos élèves est indiscutable puisque nous voyons, pour les hôpitaux parisiens, une morbidité annuelle de 5, 4 °/₀₀. Mais ce qui est surtout intéressant, c'est de comparer la répartition de ces tuberculoses : alors que dans la statistique de Bellières portant de 1923 à 1931, on trouve pour 949 cas de tuberculose pulmonaire, 55 cas de tuberculose extra-pulmonaire, soit environ 5 % des cas, parmi nos élèves ce chiffre atteint environ 63 %. Comme nous pouvons ainsi le voir, c'est l'écart entre les chiffres de tuberculose extra-pulmonaire qui comble la majeure partie de la différence globale.

Quelle est la cause de ce phénomène?

Doit-on l'attribuer à la différence d'âge moyen entre les deux groupes, ou à la différence de résistance aux infections et aux surinfections?

Voyons donc maintenant comment l'examen médical est pratiqué dans l'ensemble de nos écoles françaises. Sur les 55 établissements dont nous avons retenu la réponse :

9 n'utilisent pas la radiologie pour l'examen de leurs élèves et ne pratiquent ni examen radioscopique ni examen radiographique;

19 font pratiquer un examen radioscopique mais n'exigent pas de radiographie;

28 exigent en plus de l'examen médical, une radiographie.

Quant à la cuti-réaction à la tuberculine, elle est encore moins répandue et 15 écoles seulement la demandent.

Si nous recherchons l'efficacité de ces mesures de sélection, nous constatons dans les écoles qui exigent une radiographie d'entrée et qui de ce fait devraient être moins frappées que les autres pendant la durée des études, une morbidité presque 3 fois plus forte que dans les autres établissements.

En effet, 28 écoles exigeant un examen radiographique totalisent 3.364 élèves parmi lesquelles 60 cas de tuberculose pulmonaire se sont développés, soit pour la durée des études, une proportion de 17, 8 °/₀₀, tandis que dans 27 écoles se contentant d'un examen plus sommaire, pour 3.201 élèves on n'a relevé que 22 cas de tuberculose, soit la proportion de 6, 8 °/₀₀.

Ce résultat vraiment paradoxal demande une interprétation. Il ne peut être la conséquence d'un triage qui doit être d'autant plus efficace que les moyens mis en œuvre pour l'effectuer sont plus puissants.

Il faut sans doute en chercher l'explication, non dans le mode de recrutement mais dans la surveillance ultérieure des élèves. Il est probable en effet, que des écoles qui exigent pour l'admission un examen détaillé, utilisent les mêmes moyens d'investigation, pour le dépistage de la tuberculose en cours d'études et de ce fait décèlent un certain nombre de cas avant leur traduction clinique, évitant à leurs élèves des accidents graves mais surchargeant ainsi leurs statistiques.

Ou bien faut-il admettre qu'un examen trop minutieux écarte de certaines écoles les sujets présentant quelques séquelles inactives d'une primo-infection de l'enfance, terrain plus résistant que quiconque aux surinfections, pour laisser la place à un plus grand nombre d'individus non allergiques qui présentent, ainsi que l'ont établi les récents travaux scandinaves et américains, une morbidité 10 fois plus grande ?

A cet égard nous avons donc désiré obtenir plus de renseignements sur les résultats des examens tuberculiniques quant à la proportion des individus non allergiques et à leur avenir; il nous est parvenu un nombre trop insuffisant de réponses pour que nous puissions en retirer une impression d'ensemble. Il semble toutefois que, suivant les régions, le nombre des élèves présentant une cuti-réaction négative varie entre 4 % et 25 %.

Les examens de surveillance en cours d'études ne se font que dans très peu d'écoles d'une façon systématique, tous les six mois ou tous les ans; le plus grand nombre se contentent

de faire examiner les sujets qui maigrissent ou paraissent fatigués.

La recherche de la limite d'âge inférieure d'admission nous a montré que celle-ci reste strictement comprise entre 18 et 21 ans avec une grande prédominance pour 18 et 19 ans.

Nous souvenant des suggestions de quelques directrices comparant la valeur de l'externat et de l'internat pour la santé de leurs élèves, nous avons voulu voir s'il y avait une différence dans la morbidité entre les écoles ayant un internat et celles qui n'en ont pas. Les chiffres ont présenté peu de différences, 13, 5 °/oo dans les écoles à internat, 14, 4 °/oo dans les écoles sans internat.

Nous ne voudrions pas abandonner la question de la tuberculose des élèves-infirmières sans aborder quelques problèmes, qui, s'ils ne relèvent pas directement des chiffres que nous avons apportés, se sont cependant posés pour nous au cours des interrogatoires que nous avons pratiqués au Sanatorium des infirmières.

1° La question des premiers stages au début des études d'infirmières;

2° La question des élèves tombées malades en cours d'étude puis cliniquement guéries.

La question des stages de début se pose en effet avec une importance toute particulière depuis que la pratique de la cuti-réaction nous a révélé chez un nombre important de nos jeunes élèves l'absence de toute réaction d'allergie.

Faire une cuti-réaction, c'est bien si l'on doit en tirer des conclusions pratiques, sinon ce n'est qu'un geste incomplet et partant inutile. La sanction qui doit suivre une telle constatation c'est une surveillance et une protection effective de l'élève ainsi dépistée. Faire une cuti-réaction comme dans notre observation XLVIII, constater qu'elle est négative et mettre l'élève comme premier stage pour 3 mois dans un service de tuberculose, c'est absurde pour ne pas dire criminel.

Mais nous voudrions pousser ces conséquences plus loin et signaler le danger de la répartition hasardeuse des stages.

Nous avons pu constater que nombreuses sont les élèves

débutant dans la vie hospitalière par un service sinon strictement de tuberculose du moins de médecine générale contenant de nombreux tuberculeux comme cela existe dans beaucoup d'hôpitaux de province.

Nous avons indiqué en tête de ce chapitre les causes qui paraissent favoriser le développement de la tuberculose chez les élèves infirmières; il va sans dire que toutes ces causes agissent au maximum sur les élèves de première année; ce sont elles surtout qui sont susceptibles de maladresses et d'erreurs d'asepsie, elles qui souffrent le plus du changement des habitudes de vie. C'est donc principalement à elles qu'il faudrait éviter la possibilité des contages tuberculeux importants qui peuvent ensemencer brutalement un organisme dont les résistances sont momentanément affaiblies.

La question des anciennes malades. — Dans une récente publication, le docteur Courcoux exposait les conditions de la reprise de l'activité pour les infirmières malades insistant sur les conditions matérielles et morales qui rendent cette reprise possible et avantageuse. Mais si l'infirmière diplômée a la possibilité de diriger son choix vers des activités plus restreintes, ou s'exerçant dans de meilleures conditions, l'élève interrompue dans ses études par la maladie ou l'ancienne malade désireuse de consacrer son activité aux soins des autres, se trouvent beaucoup moins bien partagées.

En effet, deux situations peuvent se présenter :

1° Ou bien on les refusera systématiquement dans certaines écoles où l'examen d'entrée permettra de reconnaître leur ancienne affection.

2° Ou bien on les considérera comme des individus normaux et on leur demandera de se prêter aux mêmes exigences professionnelles que les autres. Or « un tuberculeux cliniquement guéri reste et restera toujours un ancien tuberculeux[1] » et ne pas en tenir compte est une imprudence.

En résumé, ou renoncer au travail d'infirmière ou l'exercer

1. A. Courcoux. La vie post-sanatoriale. L'infirmière cliniquement guérie.

dans des conditions dangereuses sont les seules alternatives qui leur sont proposées.

Devant les mêmes alternatives sont également placées celles que l'on considère comme « suspectes », que l'on n'ose arrêter définitivement au départ par manque de preuves formelles de la nature évolutive de leurs lésions, celles à qui l'on recommande de « se ménager » comme si c'était d'elles-mêmes que cela dépendait !

Aussi nous semble-t-il qu'il y a lieu de se préoccuper de cette situation, et de tenir compte de celles qui, sans avoir une capacité de travail aussi considérable que les autres, apportent souvent en échange une compréhension plus complète de la maladie, qui peut en faire de précieuses auxiliaires du médecin et du malade.

Replacées dans les conditions normales de préparation au diplôme, elles sont le plus souvent obligées de s'arrêter de nouveau.

Tel le cas d'une de nos malades qui, après sept ans de bonne santé apparente entreprend ses études d'infirmière : les stages ordinaires sont supportés assez difficilement mais c'est pendant la période des veilles qu'apparaît de l'hyperthermie et que commence l'amaigrissement ; à partir de ce stage l'état général décline rapidement ; la rechute se produit quelques mois plus tard.

Tel encore le cas de cette jeune fille ayant toujours eu une santé chancelante, à qui de grands ménagements sont conseillés et qui après une année d'études, tombe définitivement malade pendant un stage de massage.

En conséquence, on peut se demander s'il n'y aurait pas lieu actuellement de prévoir pour les élèves anciennes malades ou celles dites suspectes une ou plusieurs écoles permettant à celles-ci une accoutumance progressive aux fatigues et aux dangers de la vie d'infirmière, grâce à une judicieuse gradation des services et une surveillance médicale rigoureuse.

3° Exiger un examen médical récent pour l'engagement d'une infirmière dans toute maison ou administration et des examens réguliers de contrôle.

L'organisation des hôpitaux de Paris[1] offre un modèle facile à généraliser.

Ensuite des mesures de protection.

1° Pour l'élève :

Proposer la vaccination par le B. C. G. à toute élève ayant une cuti-réaction négative;

Réglementer d'une façon générale en les graduant les stages de début. Ainsi éviterait-on aux infirmières novices une infection ou une surinfection importante.

Eviter le surmenage en assurant aux élèves des heures de sommeil suffisantes; en leur interdisant de donner des soins à domicile en dehors des stages et des cours; en augmentant pour celles qui manquent de ressources le nombre des bourses d'études.

2° Pour l'infirmière en exercice.

En surveillant l'application de l'horaire de travail et en intervenant pour la question des veilles;

En n'admettant dans les services de tuberculose qu'un personnel ayant une réaction tuberculinique positive.

1. Celle-ci est décrite dans ses détails par Bellières. Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier de l'Assistance publique de Paris.

OBSERVATIONS

Observation I[1]

Mlle X, 25 ans, élève-infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père, grand-mère, morts à 79-80 ans, cause inconnue.

— Plusieurs oncles et tantes morts en bas âge cause inconnue.

— Une tante morte suite de couches.

— Un oncle mort à 70 ans cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

2° Mère V. B. P. a eu il y a quelques années une broncho-pneumonie, malade pendant 2 mois. Actuellement va très bien.

— Grand-père mort à 72 ans d'un accident.

— Grand-mère morte vers 50 ans cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

— Une tante présentant des bronchites chroniques.

3° Un frère V. B. P.

— Une sœur morte il y a 8 mois, pleurésie avec complications pulmonaires et cardiaques après séjour de la malade dans sa famille.

Antécédents personnels.

Rougeole, coqueluche, oreillons dans la petite enfance.

Excellente santé jusqu'à 18 ans, à cette époque, période de grande nervosité.

A été élevée à la campagne, fait ses études chez elle sans aller en pension.

1. Nous avons utilisé dans ces observations quelques abréviations usuelles :
V B P pour vivant bien portant ;
P A D et P A G pour pneumothorax artificiel droit ou gauche.

A 20 ans contact de peu de durée avec une amie atteinte de tuberculose pulmonaire, quelques visites, mais jamais de séjour prolongé à son chevet.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 23 ans.

Un examen médical sans radioscopie est fait pour l'admission : bon état général et pulmonaire. Fait 16 mois de stage pour obtention d'un diplôme régional d'infirmière :

7 moix de stage de sanatorium;

6 mois de stage de chirurgie:

3 mois de médecine générale.

Au début des études grande fatigue et amaigrissement sans élévation de température. Travail fatigant : occupée de 6 heures du matin à 6 heures du soir avec 2 heures de repos dans l'après-midi.

Après un refroidissement : toux sans expectoration, maux de tête violents, amaigrissement, température à 38° 5 au travail et 37° 5 au repos.

Radiographie : lésions ulcéro-caséeuses gauches.

Résumé

Il s'agit d'une tuberculose ulcéro-caséeuse gauche, chez une jeune fille élevée à la campagne, développée au cours d'études d'infirmière, supportées avec difficultés et ayant débuté 9 mois après un stage de 7 mois consécutifs dans un hôpital-sanatorium. Tuberculose consécutive après retour au foyer d'une sœur jusque-là bien portante.

Observation II

Mlle X, 33 ans, infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-mère morte à 74 ans, cause inconnue.

— Grand-père mort relativement jeune, cause inconnue.

— Une tante V. B. P.

— Un oncle mort cause inconnue.

2° Mère V. B. P.

— Grand-mère mort à 80 ans cause inconnue.

— Grand-père mort cause inconnue.

— Deux oncles V. B. P. un oncle tué à la guerre.

3° Une sœur morte de complications cardiaques de la scarlatine.

7 frères et sœurs V. B. P.

Antécédents personnels.

Coqueluche, rougeole, varicelle dans l'enfance.

Scoliose depuis l'âge de 4 ans.

Grippe en 1918.

Paratyphoïde à 20 ans (hémoculture) convalescence rapide, mais ensuite amaigrissement, fatigue durant plusieurs mois.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 26 ans.

Séjour de 2 mois dans un dispensaire.

L'année suivante diplôme simple S. B. M.

Puis préparation du diplôme d'Etat.

Examen médical à ce moment : cœur et poumons en excellent état

Pesée tous les mois. Radiographie au bout d'un an. En 2e année à l'occasion de vaccinations contre la typhoïde et contre la diphtérie grande fatigue, séjour de 6 semaines en montagne.

Au moment des veilles amaigrissement de 500 gr. par nuit ; obligée d'arrêter au bout d'une semaine. Diplôme passée en juin 1933.

En novembre départ pour un poste au Maroc. Avant de partir, examen radioscopique montre « un côté gauche peu clair avec sommet suspect ». On la laisse cependant partir.

Elle présentait déjà des douleurs dans la cuisse par intermittence depuis environ 1 an, mais elle se met alors à souffrir aussi du dos et après une période de surmenage ces douleurs deviennent constantes.

Rentre en France, douleurs toujours très vives. Diagnostic de scoliose douloureuse.

Quinze jours après son retour : deux petites hémoptysies.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose. Etudes commencées à 26 ans ; dans le courant de la deuxième année fléchissement important de l'état général nécessitant 6 semaines de repos. En novembre de

la même année examen radioscopique montrant une diminution de transparence du sommet gauche, malgré cela, travaille pendant six mois; hémoptysie; en même temps douleurs lombaires considérées comme scoliose douloureuse.

Observation III

Mlle X, 25 ans, infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 70 ans : accident.

— Grand-mère morte à 75 ans cause inconnue.

— Oncles V. B. P.

2° Mère morte de tuberculose pulmonaire, malade pendant 3 ans.

— Grand-père mort âgé cause inconnue.

— Grand-mère morte âgée cause inconnue.

— Un oncle tué à la guerre.

— Un oncle gazé pendant la guerre, meurt 4 mois après.

3° Une sœur de 19 ans. Insuffisance mitrale séquelle de rhumatisme articulaire aigu.

Antécédents personnels.

Rougeole dans la première enfance.

Coqueluche à 8 ans.

Enfant très robuste.

Contact avec sa mère tuberculeuse de 14 à 17 ans.

A 19 ans, pleurésie droite, 6 mois de convalescence.

Histoire professionnelle.

Pas d'études dans une école d'infirmières.

Commence à 20 ans le travail de laborantine.

Stage d'un an dans un hôpital, service de médecine générale.

Stage de 4 mois dans un sanatorium.

Service pendant 3 ans dans un autre sanatorium. Service de pharmacie, laboratoire, salle de pneumothorax; gardes de nuit 15 nuits de rang tous les deux mois en continuant le service de jour.

25 jours de congé par an.

Interruption de service par pleurésie gauche en octobre 1933, suivie de tuberculose ulcéro-caséeuse droite.

Résumé

Contact avec sa mère tuberculeuse de 14 à 17 ans suivi deux ans après de pleurésie droite. Bonne santé apparente pendant 5 ans. Après 3 ans de surmenage professionnel en milieu tuberculeux : pleurésie gauche et tuberculose ulcéro-caséeuse droite.

Observation IV

Mlle X, 34 ans, élève-infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort de tuberculose pulmonaire à 34 ans.

— Grand-père mort à 78 ans, cause inconnue.

— Grand-mère morte à 82 ans cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

— Une tante morte d'albuminurie et diabète après rougeole.

2° Mère morte de tuberculose pulmonaire à 33 ans.

— Grand-père mort très âgé cause inconnue.

— Grand-mère morte très âgée cause inconnue.

— Deux tantes mortes de tuberculose pulmonaire.

— Un oncle mort cause inconnue.

3° Un frère V. B. P. (N'a pas été en contact avec les parents étant en internat au moment de leur maladie).

Le père, la mère et la famille de la mère vivaient ensemble dans un village de Bretagne. Une des tantes est allée travailler à Paris et après un séjour de plusieurs mois devient tuberculeuse. Elle retourne alors dans sa famille pour y mourir. Peu après ses deux sœurs et son beau-frère meurent de tuberculose pulmonaire alors que jusqu'à ce moment ils avaient tous joui d'une bonne santé. Les enfants sont élevés, le garçon en pension, la fille auprès de sa mère mais en prenant des précautions.

Antécédents personnels.

Contact avec ses parents terminé à 3 ans par la mort de ceux-ci.

Rougeole dans l'enfance.

A part cela aucune maladie ; passe son enfance à la campagne puis à partir de 13 ans en ville.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 23 ans.

Examen radioscopique : bon.

Stages de chirurgie pendant 3 ans comme élève puis monitrice, puis 6 mois de médecine.

Va ensuite travailler 11 mois dans un sanatorium très mal tenu.

Reprend ensuite ses études pour le diplôme d'Etat.

Examen radioscopique : reconnue en bonne santé.

Stages pendant 20 mois.

Surmenage. En plus de ses études, travail bénévole, nourriture insuffisante par manque d'appétit et négligence. Début en fin de 2e année par hémoptysie.

Résumé

Histoire familiale de tuberculose, contact de la première enfance jusqu'à 3 ans. Très bonne santé, jusqu'à 29 ans jamais malade.

Etudes commencées à 23 ans chirurgie, à 26 ans stage de 11 mois en sanatorium (mauvaise hygiène) puis études pour diplôme d'Etat. Surmenage, sous-alimentation, arrêt par hémoptysie au cours de la 2e année.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse gauche.

Observation V

Mlle X, 28 ans, infirmière S. B. M. Elève-surintendante.

Antécédents familiaux.

1° Père aurait eu une pleurésie dans sa jeunesse, actuellement bien portant.

— Grand père mort subitement.

— Grand mère morte cause inconnue.

— Une tante V. B. P. mais dont la fille actuellement bien portante a été atteinte de tuberculose pulmonaire.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort d'un cancer.

— Grand-mère V. B. P.

— Une tante V. B. P.

— Une tante morte de la grippe en 1918.

— Deux oncles morts de diabète.

3° Deux sœurs V. B. P.

Deux frères V. B. P.

Antécédents personnels.

Choléra infantile et dysenterie amibienne à un an.

Dans l'enfance :

Diphtérie suivie de maladie du sérum.

Scarlatine compliquée d'albuminurie.

A 12 ans, congestion pulmonaire.

Grippes et rhumes tous les hivers.

Tous les ans en juin troubles digestifs.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmières diplôme S. B. M. à 18 ans.

En cours d'études : typhoïde grave (hémo-culture positive au bacille d'Eberth) hémorragie intestinale.

Interruption pendant 9 ans dans les études ; coqueluche à 23 ans après laquelle persiste une petite toux intermittente, radioscopies pulmonaires normales.

Etudes de surintendante à 27 ans. Travail beaucoup plus dur que les occupations habituelles. Sous-alimentation par négligence et manque de temps. Insuffisance des heures de sommeil (6 heures).

Au bout de deux mois, toux, expectoration, point de côté, température.

En janvier 1934, épisode évolutif, radiographie. Tuberculose ulcéro-caséeuse droite.

Résumé

Histoire familiale de tuberculose sans contacts infectants : père ayant eu une pleurésie dans sa jeunesse sans suites pathologiques, une cousine tuberculeuse. Enfance maladive : nombreuses maladies infectieuses et fréquents épisodes pulmonaires intermittents.

Tuberculose ulcéro-caséeuse droite développée à 27 ans après quelques mois d'études de surintendante.

Observation VI

Mlle X, 25 ans, infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père atteint d'aortite.

A eu une pneumonie et une congestion pulmonaire, bronchites fréquentes, mais à l'examen radioscopique on ne trouve pas de traces de tuberculose pulmonaire.

— Grand-père mort à 33 ans. Refroidissement (?)

— Grand-mère morte à 52 ans cause inconnue.

— Une tante morte à 74 ans, bronchite aiguë.

2° Mère morte dans une crise de neurasthénie; après plusieurs interventions chirurgicales abdominales.

— Grand père mort à 62 ans congestion cérébrale.

— Grand-mère morte très jeune, pneumonie après un accouchement.

3° Une sœur V. B. P.

— Un frère V. B. P.

Antécédents personnels.

Convulsions dans la petite enfance.

Rougeole, coqueluche, oreillons.

Grippe en 1918.

Bronchites tous les hivers jusqu'à 13 ans. A ce moment devient moins fragile.

Ablation des végétations à 18 ans.

Vit à la campagne, très sportive.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière commencées à 18 ans et demi.

Elève bénévole de novembre 1929 à septembre 1930.

Préparation d'un diplôme régional d'octobre 1930 à juin 1931: Pendant ces 2 années stages alternés de médecine et de chirurgie.

De juillet à octobre 1931, stage d'hôpital-sanatorium.

Au cours de la deuxième année d'études : épisode grippal nécessitant son hospitalisation — puis douleurs dorsales persistantes — plusieurs radiographies de la colonne vertébrale ne montrent rien d'anormal. Radiographie pulmonaire normale.

Rentre 15 mois dans sa famille pour raisons personnelles.

En avril 1932 à 22 ans : élévation brusque de température à 38°6, toux et expectoration. Pas d'examen radioscopique ni d'examen d'expectoration.

Pendant l'été fait beaucoup de sport : natation, alpinisme, etc.

En janvier 1933 reprend son service d'infirmière service de sanatorium d'enfants, puis service de neurologie.

Fatigue, dépression nerveuse, perte de l'appétit, continue le surmenage sportif.

En septembre 1933 nouvelle élévation de température, toux, expectoration.

Tuberculose pulmonaire bilatérale, excavée à droite.

Résumé

Pas d'histoire de tuberculose familiale.

Enfance maladive. Etudes d'infirmière commencées à 18 ans, poursuivies pendant deux ans. Pendant un séjour de 15 mois dans sa famille épisode pulmonaire aigu. Puis reprise du travail d'infirmière pendant 8 mois. Nouvel épisode pulmonaire aigu.Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée à droite.

Observation VII

Mlle X, 44 ans, infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 70 ans d'une occlusion intestinale. Cancer.

— Grand-père mort cause inconnue.

— Grand-mère morte paralysie.

— Un oncle mort subitement.

— Une tante morte d'angine de poitrine.

2° Mère morte à 76 ans d'une crise d'appendicite.

— Grand-père mort cause inconnue.

— Grand-mère morte à 93 ans cause inconnue.

— Une tante dont le mari était tuberculeux, morte de tuberculose ; aucun contact avec la malade.

Un oncle V. B. P.

3° Six frères et sœurs V. B. P.

—Une belle-sœur morte de tuberculose pulmonaire, contact très passager.

Antécédents personnels.

Coqueluche, rougeole, diphtérie dans l'enfance.

A part cela jamais malade.

Histoire professionnelle.

Infirmière pendant la guerre à 23 ans. Gros surmenage. Angine en cours de service.

Puis de 1923 à 1926 prépare diplôme de Croix-Rouge.

En 1927, stage de maternité et stage bénévole de laboratoire bactériologique, au cours de ce stage, après refroidissement : pleurésie gauche (ponctionnée) malade 1 mois, 2 mois de convalescence puis séjour de deux mois en montagne.

De 1927 à 1934 donne des soins à domicile de façon irrégulière. Travail variable.

A partir de 1931 tousse par intermittence; plusieurs examens radioscopiques sont pratiqués : en décembre 1933 encore un examen radioscopique négatif. En mai 1934 après exposition assez longue au soleil température brusquement à 39°, toux, expectoration. Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose, sauf chez les collatéraux : une tante, une belle-sœur. Bonne santé jusqu'à 26 ans.

Service d'infirmière pendant la guerre à 23 ans. Etudes de Croix-Rouge de 32 à 35 ans. A 36 ans au cours d'un stage de laboratoire, pleurésie gauche. De 1927 à 1934, travail irrégulier. 4 ans après la pleurésie, apparition de toux par intermittence. 7 ans après : tuberculose évolutive du sommet gauche.

Observation VIII

Mlle X, 41 ans, infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père mort d'une affection rénale.

— Grand-père mort cause inconnue.

— Grand-mère morte cause inconnue.

— Une tante V. B. P.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort de congestion pulmonaire en 4 jours.

— Grand-mère morte cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

3° Une sœur morte de péritonite tuberculeuse la malade ayant 16 ans.

— Un frère mort de phtisie galopante, la malade avait déjà quitté sa famille, pas de contact.

— Une sœur morte pendant un accouchement.

4 sœurs V. B. P. l'une d'elles a perdu un bébé de méningite.

Antécédents personnels.

Rougeole, coqueluche et diphtérie dans l'enfance.

Quelques bronchites mais pas spécialement fragile.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 19 ans.

Stages de médecine et chirurgie, contagieux pendant 16 mois.

En 1914, et pendant 2 ans soigne des blessés.

Puis de 1916 à 1919 école d'infirmières, stages variés, service de tuberculeux pendant 6 mois.

Grippe en 1918, malade trois mois, après radiographie se soigne encore 3 mois puis reprend service

En 1919, études de visiteuse.

Dispensaire anti-tuberculeux pendant un an.

Puis pendant 11 ans infirmière de dispensaire.

En 1930 fatigue, souffre du foie, repos d'un an.

En 1931 prend un poste d'infirmière visiteuse, tombe malade en 1933.

Résumé

Tuberculose chez les collatéraux sans antécédents héréditaires connus.

Bonne santé dans l'enfance. Etudes d'infirmière à 19 ans.

Après grippe de 1918, 6 mois de cure climatique. Après 14 ans de service : tuberculose évolutive sans cause provocatrice connue.

Observation IX

Mme X, 37 ans, infirmière visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort cause inconnue.

— Grand-mère morte à 80 ans cause inconnue.

2° Mère morte d'un cancer.

— Grand père mort cause inconnue.

— Grand mère morte à 75 ans cause inconnue.

— Un oncle et une tante sur lesquels on n'a pas de renseignements.

3° Une sœur ayant eu à 12 ans une pleurésie puis à 21 ans après épisode grippal et angine fait une nouvelle pleurésie à laquelle succède une tuberculose aiguë. Mort.

— Une sœur V. B. P.

4° Mari mort de tuberculose pulmonaire après 5 ans de mariage. Malade pendant deux ans et demi. Pas de précautions.

5° Une petite fille morte de méningite à 18 mois.

Antécédents personnels.

Rougeole dans l'enfance.

Grippe en 1918.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 28 ans.

D'abord diplôme de S. B. M.

Puis diplôme d'Etat et d'infirmières visiteuses.

Durée des études 3 ans dont 2 mois de sanatorium et 5 mois de dispensaire anti-tuberculeux.

Maladies en cours d'études.

Dans la première année : scarlatine compliquée d'albuminurie, bronchite et rhumatisme, aussitôt suivie de diphtérie. Depuis ne s'est jamais entièrement remise.

Après les études :

Service de dispensaire d'enfants, puis dispensaire anti-tuberculeux pendant deux ans. Hémoptysie en août 1934, à 36 ans.

Résumé

Il s'agit d'une tuberculose fibreuse peu évolutive du sommet

gauche révélée par une hémoptysie, chez une infirmière de dispensaire antituberculeux ayant été à 20 ans en contact avec une sœur tuberculeuse, et ensuite pendant deux ans et demi avec un mari tuberculeux.

Observation X

Mlle X, 23 ans, élève-infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père reconnu tuberculeux en janvier 1930, la malade ayant alors 18 ans, mort 3 mois après; pendant ces 3 mois toutes précautions ont été prises pour éviter la contagion.

— Grand-père mort de congestion pulmonaire en trois jours à 54 ans.

- Grand mère morte des suites d'une intervention chirurgicale vers 50 ans.

- Un oncle mort à 30 ans de tuberculose, pas de contact.

Une tante V. B. P.

2° Mère V. B. P.

- Grand mère 85 ans V. B. P.

— Grand-père mort après 7 ans de paralysie.

— Une tante V. B. P.

— Un oncle mort d'un anthrax.

3° Deux sœurs V. B. P.

— Une sœur morte à 2 ans de méningite.

Antécédents personnels.

Rougeole vers 6 ans.

Pleurite de la base droite à 15 ans. Point de côté, 38° 5, ne toussait ni ne crachait, pas de radiographie. Arrêt dans les études pendant 5 ans, repos relatif, cures solaires prolongées et séjour au bord de la Méditerranée de 18 mois.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 20 ans en 1931 mais grand changement de vie.

9 à 10 heures de stages par jour, quelquefois cours après dîner 7 heures de sommeil maximum.

Les premiers mois d'études sont bien supportés. Coryza diphté-

rique de janvier à mars 1932.

En août 1932 hémoptysie sans fièvre, sans toux, sans expectoration.

Repos d'un an : reprise de la vie de famille, mois de cures organisées.

Puis séjour de 6 mois à Pau. Cures.

Essai de reprise de travail en août 1933 dans un sanatorium d'altitude. Après 2 semaines de travail : nouvelle hémoptysie. Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

Rézumé

Tuberculose paternelle reconnue tardivement, pleurite à 15 ans ayant nécessité 5 ans de repos. A 20 ans début d'études d'infirmière au bout de 10 mois : hémoptysie. Repos 1 an 1 /2, reprise de travail de 15 jours. Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

Observation XI.

Mlle X, 27 ans, Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 85 ans, congestion cérébrale.

— Grand'mère morte à 80 ans, congestion pulmonaire.

— Grand'tante atteinte de bronchite chronique (?).

— Une tante morte de tuberculose pulmonaire.

— Une tante a eu une pleurésie vers 50 ans, depuis bonne santé.

2° Mère V. B. P. sauf petite toux persistante depuis croup dans l'enfance, a eu 5 enfants, jamais malade.

Grand-père V. B. P.

— Grand'mère morte à 60 ans, ramollissement cérébral.

— Une tante V. B. P.

— Une tante morte en bas âge.

3° 3 sœurs et un frère V. B. P.

Antécédents personnels.

Coqueluche et rougeole dans l'enfance.

Angines fréquentes mais pas de rhumes.

Vers 8 ou 9 ans arrêt de plusieurs mois dans les études pour mauvais état général, migraines.

Contact de peu de durée avant 2 ans avec sa tante morte de tuberculose.

Contact tous les ans pendant les vacances avec sa grand'tante suspecte.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 19 ans. Diplôme d'Etat. Stages de chirurgie plus que de médecine. Quelques soins à des tuberculeux.

Travail assez dur, peu d'heures de sommeil : 7 maximum.

La première année : bon état général au début.

Mais diphtérie contractée en service à laquelle succède : amaigrissement et fatigue persistante.

La deuxième année : grande fatigue générale. Grippe dans le cours de l'hiver mais sans interruption des stages.

Troisième année : Diplôme de visiteuse. Examen radioscopique. Au début de l'année, bon état.

Service de dispensaire anti-tuberculeux et visites à domicile.

— En novembre 1930 avant de prendre un poste de visiteuse de l'enfance, examen radioscopique : quelques réserves.

— Quatorze mois de service de visiteuse de l'enfance, travail régulier, pas de surmenage.

Fatigue progressive. Toux persistante. Arrêt en janvier 1932 pour tuberculose évolutive du sommet gauche.

Résumé

Histoire familiale. Contact tuberculeux de peu de durée dans la petite enfance, contact suspect tous les étés.

Assez bonne santé dans l'enfance, fragile mais rarement malade. Au commencement des études bon examen médical, à la fin examen entraînant quelques réserves et après 14 mois de service arrêt pour tuberculose ulcéro-caséeuse gauche.

Observation XII

Mlle X., 50 ans. Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père mort d'artériosclérose.

— Grand-père mort à 80 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte à 90 ans, cause inconnue.

2° Mère morte d'un cancer.

— Grand-père mort à 83 ans, affection pulmonaire aiguë.

— Grand'mère morte cause inconnue.

— Quatre tantes religieuses mortes jeunes.

— Une tante morte de paralysie.

3° Un frère V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole et varicelle dans l'enfance. Rhumes fréquents.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmières-visiteuse à 35 ans. Pas d'incidents en cours d'études.

Puis pendant 9 ans poste d'infirmière-visiteuse de l'enfance. Service lui causant une grande fatigue.

Oreillons en service puis infection intestinale. Grosse température de peu de durée.

Au début du service de visiteuse, examen radioscopique renouvelé plusieurs fois.

En août 1933, métrorragies par polype utérin, pertes de sang continuelles pendant 8 mois.

Opérée en mars 1934, très anémiée. Trois jours avant son entrée en clinique refroidissement : un peu de température ; auscultation : pleurite.

Intervention sous anesthésie à l'éther. Légère température persistante. Le 12e jour 39°, essoufflement, nausées : pleurésie gauche. Séjour à la campagne. Radiographie en juin, altitude conseillée.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose. Enfance fragile, rhumes

fréquents. Etudes d'infirmière à 35 ans. Service d'infirmière-visiteuse pendant 9 ans. A l'occasion d'une anémie importante par hémorragie répétée et d'une intervention sous anesthésie à l'éther pleurésie gauche accompagnée d'atteinte parenchymateuse.

Observation XIII

M le X., 23 ans, Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort d'accident mais avait présenté trois congestions pulmonaires successives.

— Grand-père mort jeune, cause inconnue.

— Grand'mère morte jeune, cause inconnue.

— Un oncle et une tante morts en bas âge.

2° Mère présentant des troubles hépatiques.

— Grand-père mort diabétique.

— Grand'mère morte cause inconnue.

3° Un frère et une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Varicelle et rougeole dans la petite enfance.

Rhumes et angines fréquents mais des examens radioscopiques répétés ne montrent jamais rien de suspect.

Histoire professionnelle.

A 18 ans travaille un an au Placement familial des Tout-Petits où elle contracte les oreillons. A 19 ans commence ses études d'infirmière.

Stage de puériculture au cours duquel la malade a une grippe suivie de congestion pulmonaire. Arrêt de trois semaines. Pas de radioscopie.

Puis au cours d'une période de veilles dans une salle de médecine contenant des tuberculeux : Erythème noueux, suivi d'otite double puis d'affection oculaire (?). Arrêt de trois semaines.

Quelques temps plus tard à l'occasion d'une quatrième piqûre d'anatoxine de Ramond, grande fatigue, toux, amaigrissement de cinq kgs.

Repos pendant deux mois.

La deuxième année d'études se passe sans incidents. Radiographie normale.

Après son diplôme d'Etat prend six mois de repos. Séjour au bord de la mer.

Prend en 1933 du service dans un sanatorium, service médical et remplacements d'infirmière-major. Examen peu après l'entrée : état général et pulmonaire satisfaisant. Travail irrégulier.

En août 1934 grande fatigue, va en vacances au bord de la mer, en rentrant toux et expectoration, recherche de bacilles en novembre 1934 : positive.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose. Enfance fragile mais aucun examen médical ne révèle de tuberculose.

Etudes commencées à 19 ans. Très mauvaise santé au cours de la première année d'études, congestion pulmonaire, érythème noueux, otite puis amaigrissement important, toux et asthénie Deuxième année sans incidents. Après un an de service dans un sanatorium commence à tousser. Trois mois après, présence de bacilles dès l'expectoration.

Observation XIV

Mlle X, 23 ans. Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort jeune cause inconnue.

— Grand'mère morte jeune cause inconnue.

2° Mère affection cardiaque.

— Grand-père mort âgé cause inconnue.

— Grand'mère morte d'un cancer de l'estomac.

— Oncles et tantes V. B. P.

3° Un frère et une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole et coqueluche dans la petite enfance.

Aucun contact tuberculeux connu.

Pleurite à 17 ans. Radiographie ne montrant pas de lésions parenchymateuses.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 19 ans.

Examen radioscopique d'entrée : ombres hilaires accentuées.

Grand changement de vie. Surmenage relatif.

Sensation de fatigue, rhumes fréquents.

Deux ans de stages hospitaliers avec un mois d'hôpital-sanatorium et cinq mois de dispensaire antituberculeux.

Bronchite au cours de la deuxième année. Arrêt de quinze jours.

Examen radioscopique en fin d'études montre des ombres hilaires accentuées. Toux. Expectoration. Deux mois de repos.

Ensuite poste d'infirmière-visiteuse.

Beaucoup de travail, mauvais climat (brouillard).

Au bout de quatre mois : température à 38°, toux, expectoration positive.

Arrêt deux mois plus tard.

Résumé

Pas d'antécédents familiaux, ni de contact bacillaire connu de l'enfance. Pleurite à 17 ans. Etudes commencées à 19 ans. Fatigues, toux, examens radioscopiques peu nets.

Tuberculose pulmonaire développée après quatre mois de service d'infirmière visiteuse.

Observation XV

Mlle X, 21 ans. Elève-infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort de tuberculose pulmonaire contractée pendant la guerre.

Contact avec la malade dont la durée ne peut être précisée exactement, la malade avait 4 ans au moment de la mort de son père.

— Grand-père mort à 70 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte à 73 ans, cause inconnue.

— Deux oncles V. B. P. Cinq autres morts très jeunes cause inconnue.

2° Mère a eu des congestions pulmonaires. Actuellement bon état général.

— Grand-père mort à 63 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte jeune cause inconnue.

— Un oncle mort d'une maladie de foie.

— Deux oncles V. B. P.

3° Un frère a eu une adénite dans l'enfance, consécutive à une rougeole, depuis admis au service militaire.

— Un frère V. B. P.

— Une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Jamais très bien portante.

A souffert pendant la guerre de privations alimentaires.

Coqueluche, rougeole, oreillons dans la petite enfance.

Nombreuses bronchites tous les hivers.

Sinusite depuis l'âge de 10 ans.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière commencées à 18 ans.

A l'examen médical d'entrée (sans radioscopie) on lui recommande beaucoup de précautions.

Etudes de Croix-Rouge, 2 ans.

Stages de première année : crèche, dispensaire, médecine, chirurgie.

Stages de deuxième année : chirurgie, médecine, contagieux (tuberculeux), massage, dispensaire.

Ces études représentent un grand changement d'habitudes et un service relativement dur. Sous-alimentation (la malade n'ayant pas le temps de rentrer chez elle pour les repas et mangeant mal), 15 jours de vacances seulement entre la première et la deuxième année.

Maladies en cours d'études.

Rien pendant la première année.

La deuxième année bronchite nécessitant arrêt d'une semaine.

Angine pendant le service de contagieux, arrêt d'une semaine,

Grande fatigue pendant le service de massage.

Amaigrissement de 10 kg. Reconnue malade le mois suivant

Résumé

Contagion paternelle portant avant l'âge de 4 ans. Nombreux épisodes bronchitiques depuis l'enfance. Considérée comme suspecte au cours de l'examen médical au début des études d'infirmière. Au cours de la deuxième année tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche.

Observation XVI.

Mlle X, 30 ans. Assistante sociale.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 70 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte à 90 ans, cause inconnue.

— Un oncle mort de congestion cérébrale.

— Un oncle mort au cours d'une intervention chirurgicale.

— Deux tantes V. B. P.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort affection urinaire.

— Grand'mère morte maladie de cœur.

— Un oncle mort de tuberculose dans l'enfance.

— Un oncle mort de tuberculose à 45 ans, intoxication pendant la guerre par les gaz de combat. Pas de contact avec la malade.

— Une tante V. B. P.

3° Un frère actuellement en bonne santé qui présentait de nombreuses bronchites dans l'enfance.

— Deux sœurs V. B. P.

Antécédents personnels.

A 8 ans appendicectomie.

A 10 ans, rougeole, oreillons, varicelle.

A 15 ans, pleurite gauche, 3 semaines de lit, repos de quelques mois, pas de radiographie.

Très bien portante ensuite.

Pas de contact tuberculeux connu dans l'enfance.

Histoire professionnelle.

Etudes d'assistante sociale à 24 ans.

Radiographie faite à l'entrée à l'école.

Stages de Croix-Rouge 1er degré.

Petite chirurgie. Médecine générale. Dispensaire anti-tuberculeux.

Stages de service social 2 ans : enquêtes sociales dans tous milieux.

Prend ensuite du service social en milieu ouvrier rural.

A ce moment examen médical, cliché douteux.

Repos de 3 mois pas de changements, reprend le service.

Pas de surmenage mais alimentation irrégulière.

Trois clichés de contrôle sont pris en cours de service, après deux ans et un mois de service arrêt au cours d'un de ces examens de contrôle pour tuberculose pulmonaire gauche ulcéro-caséeuse.

Résumé

Quelques cas de tuberculose dans la famille maternelle mais pas de contact tuberculeux connu de l'enfance. Pleurite gauche à 17 ans puis bonne santé apparente. A 24 ans études de service social, à 26 prend un poste d'assistante sociale ; avant l'admission surveillance de 3 mois, puis examen médical et radiographie tous les 6 mois, au bout de 2 ans tuberculose évolutive sans aucun incident provocateur.

Observation XVII

Mlle X, 31 ans. Infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 87 ans d'une pneumonie.

— Grand'mère morte à 86 ans, cause inconnue.

— Deux oncles morts, cause inconnue.

— Un oncle mort d'apoplexie.

— Une tante V. B. P.

2° Mère morte d'apoplexie, avait eu l'année de la naissance de la malade une pneumonie.

— Grand-père mort de la grippe à 46 ans.

— Grand'mère morte à 86 ans.

— Une tante morte d'infection puerpérale.

— Un oncle mort, cause inconnue.

— Un oncle mort de tuberculose pulmonaire avant la naissance de la malade.

3° Deux frères V. B. P.

— Une sœur présentant une affection cardiaque consécutive à une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Antécédents personnels.

Rougeole et oreillons dans l'enfance.

Très robuste dans l'enfance.

Contact à 16 et 17 ans avec une amie atteinte de tuberculose pulmonaire. Visites fréquentes jusqu'à sa mort mais pas de soins directs

Histoire professionnelle.

Etudes de Croix-Rouge commencées à 17 ans et demi.

A 18 ans commence à préparer le certificat de visiteuse de l'enfance.

Examen médical d'entrée, mais pas de radiographie.

Travaille pendant six mois, travail très dur (à 5 reprises 15 nuits de veille consécutives).

Amaigrissement important, température à 39°, pleurésie droite puis après trois mois de soins pleurésie gauche.

Repos à la campagne pendant un an.

A 21 ans termine ses études de visiteuse infantile, mais de nouveau mauvais état général et température. Repos d'un an.

A 23 ans stages de Croix-Rouge et stages dans un service de tuberculeux, durant ce stage un examen radiologique suspect.

A 25 ans entre dans une école d'infirmières pour préparer le diplôme d'Etat de visiteuse.

Au bout de six mois de stages, fatigue, amaigrissement, augmentation des signes radiologiques, repos d'un mois.

Arrêt des études pour causes de famille.

A 27 ans reprend et termine ses études d'infirmière sans aucun épisode aigu mais on constate de nouveau une augmentation de l'image radiologique.

Elle reste alors chez elle mais sans suivre aucun traitement.

A 30 ans, après une période de gros surmenage, tuberculose évolutive bilatérale excavée à droite.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose sauf un oncle maternel avec qui la malade n'a eu aucun contact. Contact à 16 et 17 ans avec une amie tuberculeuse. Pleurésie droite à 18 ans suivie 3 mois après de pleurésie gauche. A 23 ans une radiographie montrê des lésions discrètes des deux sommets. Radiographie chaque année montrant une progression légère des taches. A 30 ans tuberculose évolutive bilatérale rapidement excavée au sommet droit.

Observation XVIII

Mlle X, 21 ans. Elève infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père : double décollement de la rétine, fluxion de poitrine vers 30 ans, actuellement bon état général.

— Grand-père mort jeune, cause inconnue.

— Grand'mère morte jeune, cause inconnue.

— Un oncle et une tante V. B. P.

2° Mère a eu il y a trente ans des lésions de tuberculose pulmonaire.

Actuellement bien portante, ne tousse jamais.

— Grand'mère morte d'une maladie de cœur.

— Grand-père mort à 63 ans, cause inconnue.

— Trois tantes V. B. P.

— Un oncle mort de paralysie.

3° Un frère et une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Coqueluche, rougeole, scarlatine, varicelle, oreillons dans l'enfance.

Rhumes fréquents mais n'arrêtant pas les études.

Ablation des végétations à 11 ans.

Appendicectomie à 17 ans.

Pas de contact tuberculeux connu dans l'enfance.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 19 ans.

Examen médical d'entrée avec radioscopie.

Etudes pour diplôme d'Etat d'hospitalière.

Stages pendant deux ans.

Médecine générale (présence de tuberculeux) chirurgie, dermatologie, médecine et chirurgie infantile (présence de tuberculeux), spécialités, contagieux, veilles, salle d'opération.

Au cours du premier hiver grippe en janvier, toux sans expectoration, fièvre. Cela dure un mois environ sans arrêter les stages. Pas d'examen médical.

Se sent bien pendant l'été.

Recommence à tousser en novembre.

En avril épisode fébrile à 40°, tuberculose évolutive de la base gauche.

Résumé

Mère ayant eu dix ans avant la naissance de notre malade une tuberculose pulmonaire, actuellement excellent état. Enfance fragile sans épisode tuberculeux. Etat pulmonaire suspect dès le cours de la première année d'études. Tuberculose évolutive au cours de la deuxième année sans incident provocateur.

Observation XIX

Mlle X, 27 ans. Elève infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort âgé cause inconnue.

— Grand'mère morte âgée, cause inconnue.

— Deux oncles épileptiques.

— Une tante V. B. P.

2° Mère morte de tuberculose pulmonaire. Reconnue malade deux mois après la naissance de la malade dont on la sépara aussitôt ; morte trois ans après.

— Grand-père mort âgé, affection cardiaque.

— Grand'mère morte âgée, affection cardiaque.

— Huit oncles et tantes V. B. P.

3° Pas de frères ni de sœurs.

Antécédents personnels.

Coqueluche suivie de broncho-pneumonie à 2 mois (aussitôt après la séparation d'avec sa mère tuberculeuse).

Rougeole, varicelle, oreillons dans la petite enfance.

Enfant fragile, nombreux rhumes tous les hivers, douleurs thoraciques.

De 6 à 12 ans, affection oculaire persistante (?)

A 11 ans, adénite cervicale droite suppurée, durée 18 mois, poussées fréquentes d'adénite non suppurée dans la région cervicale et l'aisselle.

A 16 ans, encéphalite au cours d'une épidémie de grippe ; seule séquelle : migraines fréquentes.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 18 ans en 1926.

Suit les stages et les cours pour la préparation du diplôme d'Etat sans être régulièrement inscrite.

Stages de contagieux, médecine générale, chirurgie.

En 1928 va travailler en Suisse, services d'hôpital ou de clinique. Veilles de nuit, grande fatigue perte du sommeil.

En 1932 reprend les études d'infirmière de septembre à juillet 1933. Service de chirurgie puis service de médecine générale (contenant de nombreux tuberculeux graves), c'est au cours de ce service que la maladie est reconnue.

Résumé

Contagion maternelle avant l'âge de 2 ans. Dans l'enfance accidents tuberculeux sans gravité (adénite, rhumes fréquents). A l'âge de 25 ans tuberculose pulmonaire apparaissant après cinq ans de travail hospitalier dur et après quatre mois de service auprès de tuberculeux graves.

Observation XX

Mlle X, 39 ans. Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P., pleurésie purulente à 19 ans, opérée

— Grand père mort d'accident.

— Grand'mère morte de congestion cérébrale.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort d'une affection des voies urinaires.

— Grand'mère morte d'accident.

— Un oncle mort à 18 ans, appendicite.

— Une tante morte d'un cancer du sein.

— Deux tantes V. B. P.

3° Une sœur morte à 4 ans, méningite (?).

Une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Pas de contact tuberculeux connu dans l'enfance.

Diphtérie, rougeole, oreillons, scarlatine fruste dans l'enfance.

Sinusite pendant de nombreuses années.

Opérée pour sinusite frontale à 19 ans et sinusite maxillaire à 23 ans.

Très solide dans l'enfance.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière à 24 ans.

Examen d'entrée sans radioscopie.

Deux ans d'études en école.

Un peu tous les services, pas de service spécial de tuberculeux.

Au cours de la deuxième année : examen médical radiographie, lésion droite, six mois de repos, puis se sentant bien reprend ensuite ses études.

Une fois le diplôme d'Etat passé, prend un poste d'infirmière en clinique, chirurgie.

Travaille pendant douze ans, pendant cette période rhumes successifs. A plusieurs reprises grippes avec température à 39°, 40° tombant au bout de 8 jours mais ne disparaissant pas avant plusieurs semaines. Sans jamais interrompre son service.

Dans l'été 1932 amaigrissement de 10 kgs., radiographie.

Résumé

Aucune histoire familiale. Nombreuses maladies de l'enfance mais malgré tout enfant solide. Etudes entreprises à 24 ans. Au bout d'un

an tuberculose du poumon droit. Six mois de repos. Puis fin d'études. Douze ans de service de clinique. Puis tuberculose ulcéro-caséeuse droite.

Observation XXI.

Mlle X., 32 ans. Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort très âgé, cause inconnue.

— Grand'mère morte très âgée, cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

2° Mère morte à 32 ans de tuberculose pulmonaire.

La malade vivait avec sa mère et avait 7 ans au moment de la mort de celle-ci.

— Grand-père mort âgé, cause inconnue.

— Grand'mère morte âgée, cause inconnue.

— Un oncle mort à 15 ans de tuberculose pulmonaire.

— Une tante morte de tuberculose intestinale.

— Une tante morte de tuberculose pulmonaire.

3° Une sœur en bonne santé apparente, a eu cependant à deux reprises des hémorragies intestinales.

— Une sœur morte à 2 ans de gastro-entérite.

— Une sœur morte à 23 ans : endocardite consécutive à une crise de rhumatisme articulaire aigu.

— Une sœur morte dans un accident.

Antécédents personnels.

A 2 ans gastro-entérite grave.

Insolation vers 4 ou 5 ans. Rougeole, oreillons.

En 1918, à 15 ans, grippe avec accidents intestinaux.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 24 ans.

Examen médical d'entrée avec radioscopie, bon état.

Première année : médecine générale avec tuberculeux, médecine infantile, chirurgie, contagieux, maternité.

Deuxième année : services de spécialités, médecine et chirurgie.

Très bonne santé durant les études.

Deux mois de repos après le diplôme d'Etat.

Service de chirurgie pendant dix mois. Travail dur.

Puis gardes particulières pendant sept mois.

Puis part aux colonies. Examen médical avec radioscopie au départ : bon état pulmonaire.

Service de contagieux contenant de nombreux tuberculeux, pendant dix mois. Travail chargé. Une nuit de veilles par semaine sans aucun repos le lendemain (36 heures de travail consécutives).

Pendant ce service plusieurs angines, dysenterie, fatigue progressive, bronchites, héliothérapie conseillée.

Puis pendant quatre mois service de radiologie.

Fatigue croissante. Radiographie.

Tuberculose ulcéro-caséeuse droite. Renvoyée en France en sanatorium.

Résumé.

Contact jusqu'à 7 ans avec une mère morte de tuberculose pulmonaire. Bonne santé dans l'enfance. Etudes d'infirmière et service de clinique bien supporté. Un examen radioscopique des poumons est pratiqué avant un départ aux colonies : bon état. Après quatorze mois de séjour dont dix dans un service contenant de nombreux tuberculeux et un surmenage important : tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

Observation XXII.

Mlle X., 26 ans. Infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père asthmatique.

— Grand-père mort de paralysie.

— Grand'mère morte affection cardiaque.

— Deux oncles morts vers 8 et 9 ans d'accident.

— Un oncle mort, cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

2° Mère maladie de foie.

— Grand-père 89 ans, V. B. P.

— Grand'mère 78 ans, V. B. P.

— Un oncle mort à 28 ans, avant la naissance de notre malade, de tuberculose pulmonaire.

— Un oncle V. B. P.

— Une tante ayant une maladie de foie dont le mari est sujet à des bronchites chroniques. Leur fils est atteint d'une coxalgie.

Cette famille est souvent vue par notre malade.

3° Une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole et varicelle dès la petite enfance.

Bronchites et angines fréquentes.

Coqueluche à 11 ans.

A 12 ans affection oculaire.

A 12 ans et demi douleurs dans la jambe gauche accompagnées d'atrophie musculaire et d'hydarthrose, perte de l'appétit, amaigrissement, trois mois de chaise-longue, héliothérapie, recommence ensuite à marcher.

Rechutes fréquentes de ces douleurs de la jambe gauche à quelques mois d'intervalle et surtout à 14 et 15 ans.

Laryngite de 14 à 17 ans.

A 17 ans toux et expectoration, douleurs thoraciques gauches, découverte d'une affection nasale, cautérisations.

A 19 ans rechute des douleurs de la jambe, recommence à tousser.

A 20 ans, nouvelles cautérisations nasales.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 21 ans en septembre 1930.

Un mois d'essai (travail de dispensaire) avant d'être admise à suivre les cours. Pas d'examen médical.

En novembre commence à préparer le Diplôme d'Etat.

La première année : grippe en janvier (2 jours de lit) mais toux et expectoration jusqu'au printemps. Laryngite.

La deuxième année : grippe en janvier, température au-dessus de 38°, toux et expectoration. Examen médical : beaucoup de râles et cœur fatigué. Un mois de repos puis reprise des stages malgré la persistance de la température.

Diplôme d'Etat en octobre 1932.

Ensuite infirmière bénévole dans un dispensaire pendant trois mois.

Puis à l'occasion d'un voyage : hémoptysie, toux, fièvre, point de côté.

Crises d'asthme.

Enfin en janvier 1934, après un surmenage intensif d'un mois et demi à soigner sa mère malade jour et nuit, nouvelle hémoptysie, consent à se soigner.

Résumé.

Pas d'histoire familiale de tuberculose, sauf un oncle maternel. Père asthmatique. Enfance très fragile, bronchites, affection oculaire (?). Douleurs mal caractérisées de la jambe gauche accompagnées d'atrophie musculaire. Affection nasale (?). Etudes commencées à 21 ans poursuivies malgré plusieurs épisodes grippaux, toux persistante, élévations fréquentes de la température. A 23 ans hémoptysie et crises d'asthme. A 24 ans nouvelle hémoptysie, tuberculose pulmonaire bilatérale étendue.

Observation XXIII.

Mlle X., 26 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P. A eu une pleurésie il y a cinq ans, sa fille étant déjà malade depuis hu t ans.

— Grand-père mort d'une maladie de cœur.

— Grand'mère mor e à 66 ans cause inconnue.

— Deux oncles V. B. P. mais une cousine morte de tuberculose pulmonaire (pas de contact avec la malade).

2° Mère morte au cours d'une opération pour fibrome utérin.

— Grand-père mort à 80 ans, accident.

— Grand'mère morte à 84 ans, cause inconnue.

— Cinq oncles et tantes tous V. B. P.

3° Une sœur V. B P.

— Une sœur actuellement en bonne santé a eu une pleurésie il

y a quatre ans.

— Une sœur est morte de la typhoïde il y a d x ans.

— Un frère V. B. P.

Antécédents personnels.

Scarlatine à 10 ans ensuite reste fragile, rhumes fréquents.

Pleurésie droite à 13 ans et demi (pas de ponction). L'année suivante comme elle reste fatiguée la malade est vue à la radioscopie, on décide immédiatement de l'envoyer en sanatorium ; se soigne pendant un an et demi en sanatorium puis chez elle. Va bien.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière S. B. M. en 1932, à 23 ans, pas d'examen médical en commençant.

Première année : six mois de stages de chirurgie le mat n, travail bien supporté.

Deuxième année : travaille pendant trois mois mais en même temps surmenage par travail domestique surajouté au travail d'infirmière.

Arrêt par épisode aigu. Température élevée, expectoration positive.

P. A. G. et sels d'or, se soigne chez elle, au bout de sept mois le P. A. G. est interrompu par symphyse ; la malade allant bien reprend alors la vie normale.

Prend du service dans une clinique chirurgicale en été 1934, remplacement d'une infirmière pendant deux mois, puis continue un service le matin. En janvier 1935 reprend travail de la journée entière, au bout d'un mois épisode fébrile accompagné de toux et d'expectoration, repos de 15 jours ; puis, reprise du travail malgré la persistance de la toux et de l'expectoration. En juillet surmenage par travail domestique, en août nouvel épisode aigu avec température à 40° et expectoration positive.

Tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive excavée à droite.

Résumé.

Père et sœur de la malade ayant eu une pleurésie l'un huit ans, l'autre neuf ans après le début de la tuberculose de notre malade.

Enfance délicate, pleurésie à 13 ans, atteinte pulmonaire consé-

cutive nécessitant un an et demi de séjour en sanatorium. A 24 ans, après un petit travail d'infirmière tuberculose pulmonaire évolutive gauche. P. A. G. pendant sept mois. A 26 ans, après huit mois de service d'infirmière, tuberculose pulmonaire bilatérale excavée à droite.

Observation XXIV.

Mlle X., 31 ans. Elève infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à la guerre.

— Grand-père mort diabétique.

— Grand'mère morte à 91 ans.

— Une tante morte à 7 ans, appendicite probable.

2° Mère V. B. P.

— Grand'mère de 77 ans V. B. P.

— Grand-père mort à 65 ans, rupture d'anévrysme.

— Un oncle V. B. P.

3° Un frère mort de pneumonie (quelques jours de maladie)

Antécédents personnels.

Rougeole, coqueluche, varicelle dans la petite enfance.

Fragile, bronchite à 2 ans et souvent l'hiver jusqu'à 12 ans,

De 12 à 17 ans très bien portante.

A 17 ans travaille dans une banque, mauvaise hygiène, doit vérifier le travail d'un employé tuberculeux.

A 20 ans en mars 1923 commence à tousser, repos de huit jours. Puis en juin fatigue, sueurs nocturnes, 39°. P. A. D. créé en août 1923. Reprise de travail au bout de deux ans, abandon du P. A. D. en novembre 1926.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées en 1932 à 29 ans, après sept ans de bonne santé apparente.

Diplôme d'Etat d'hospitalière.

Le changement du travail de bureau au travail d'infirmière est trouvé très dur par la malade qui craint les premiers mois de ne pouvoir continuer.

Toutefois la première année passe sans incidents.

Dans le courant de la deuxième année un abcès dentaire l'oblige à 8 jours de repos; puis en juin après le stage de veilles sensation de fatigue, 38°1 le soir, après quatre jours de repos 37°4. La malade reprend ses stages malgré une fatigue persistante et un peu d'amaigrissement.

Diplôme d'Etat en octobre 1934. Aussitôt après, à l'occasion d'un refroidissement apparaît un rhume qui se prolonge, un soir 38°5. Arrêt pour tuberculose évolutive du sommet gauche.

Résumé.

Aucune histoire familiale de tuberculose, fragile jusqu'à 10 ans, puis bonne santé apparente. A 17 ans travail de bureau, contact journalier avec un tuberculeux dont elle vérifie le travail. A 20 ans arrêt pour tuberculose ulcéro-caséeuse droite. P. A. D. Au bout de deux ans reprise de travail, de trois ans abandon du P. A. D. Bonne santé apparente. A 29 ans, études d'infirmière, travail paraissant dur à la malade.

A la fin de la deuxième année : tuberculose évolutive du sommet gauche.

Observation XXV.

Mlle X, 38 ans, infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 62 ans paralysé depuis l'âge de 56 ans.

— Grand-père mort jeune, après refroidissement, en quelques jours.

— Grand'mère morte jeune, affection pulmonaire aiguë après un mois environ de maladie.

— Un oncle mort de tuberculose pulmonaire dont le fils est mort également de tuberculose pulmonaire.

— Un oncle ayant eu une pleurésie au régiment, mort après une opération pour ulcère d'estomac, dont le fils actuellement en bonne santé a été atteint de tuberculose pulmonaire.

— Un oncle mort à 62 ans d'une attaque de paralysie.

2° Mère morte à 77 ans, cancer pulmonaire, métastase probable de cancer hépatique.

— Grand-père mort vers 60 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte d'une attaque de paralysie.

— Un oncle tué à la guerre de 1870.

— Une tante morte à 50 ans, maladie de cœur.

— Un oncle mort à 78 ans, cancer du foie.

— Une tante morte à 88 ans, cancer du sein.

— Une tante de 89 ans V. B. P.

3° Un frère mort de méningite à 4 mois.

— Une sœur morte de méningite à 17 ans.

— Un frère V. B. P. ayant deux enfants : une fille délicate a dû se reposer deux mois : un garçon V. B P.

Antécédents personnels.

Contact ainsi que ses frères et sa sœur pendant l'enfance avec deux voisines immédiates l'une atteinte de tuberculose pulmonaire et mal de Pott, l'autre atteinte de tuberculose pulmonaire. Les enfants jouent souvent chez ces malades et y prennent même souvent des repas.

Oreillons, seule maladie d'enfance.

Souvent fatiguée mais jamais malade.

Grippe à 20 ans, fièvre, toux, expectoration, durée quinze jours.

A 22 ans après un mauvais hiver plusieurs grippes, toux et expectoration, mauvais état général, examen médical pour titularisation d'institutrice : Pleurite, diminution de transparence de la base droite. Refusée.

Repos à la campagne pendant six ans.

Se représente au contrôle médical, nouveau refus.

Histoire professionnelle.

A 28 ans entre à l'essai dans une école régionale d'infirmières : admise après deux mois.

Etudes pendant un an. Stage de sanatorium uniquement. Puis stages dans tous les services pour Diplôme d'Etat et en plus travail de monitrice.

Remplacements de service de massage, très fatigant. Au cours d'un de ces remplacements en avril 1934, crachats hémoptoïques.

En juin examen médical avec radiographie. Grande fatigue en juillet mauvais état général. Un mois de repos. En septembre fièvre, toux, expectoration. En octobre examen : tuberculose évolutive du sommet gauche.

Résumé.

Histoire de tuberculose chez les oncles et cousins du côté paternel. Un frère et une sœur morts de méningite tuberculeuse. Dans l'enfance contact prolongé avec deux voisines atteintes de tuberculose pulmonaire. A 22 ans pleurite droite. A 28 ans commence ses études d'infirmière; travail d'abord relativement modéré puis très fatigant, à 37 ans tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

Observation XXVI.

Mlle X, 30 ans. Infirmière hospitalière et sage-femme.

Antécédents familiaux.

1° Père mort, néphrite chronique.

— Grand-père mort à 89 ans, affection cardiaque.

— Grand'mère morte à 84 ans.

— Deux tantes V. B. P.

2° Mère morte vers 40 ans, cause inconnue.

— Grand-père mort à 90 ans.

— Grand'mère morte d'un cancer à l'estomac.

— Deux oncles V. B. P.

3° Une sœur morte de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels.

Rougeole dans l'enfance.

Scarlatine à 9 ans avec accidents paralytiques transitoires.

Grippe en 1918, bénigne.

Histoire professionnelle.

Etudes de sage-femme commencées à 21 ans.

Deux ans d'études sans incidents, sauf un épisode grippal de quelques jours et des migraines fréquentes.

Une fois les études terminées, travaille en ville pendant quelques mois.

Puis après une visite médicale satisfaisante part, à 23 ans, comme infirmière coloniale.

Travail de sage-femme et de visiteuse.

Bonne adaptation au climat.

Nombreux tuberculeux parmi les malades.

Séjour de cinq ans. Au cours de la deuxième année angine persistante pendant trois mois.

Bon état général sauf migraines.

Cependant fatigue progressivement croissante, pas d'amaigrissement, pas de toux, pas d'expectoration. Rentre en France au bout de cinq ans et se remet au travail sans prendre de repos.

Service de clinique, beaucoup de travail, mauvaise hygiène.

En janvier 1934, élévation de température à 40°, hémoptysie, radiographie, envoyée en sanatorium d'altitude.

Résumé.

Pas d'histoire familiale de tuberculose connue. Aucun antécédent dans l'enfance ni en cours d'études. Après cinq ans de travail aux colonies dans un milieu riche en tuberculose, fatigue et amaigrissement. Six mois après son retour en France, hémoptysie.

Observation XXVII.

Mlle X, 27 ans. Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P. rhumatisant.

— Grand-père décédé, cause inconnue.

— Grand'mère décédée, cause inconnue.

— Une tante V. B. P.

— Un oncle mort de septicémie après un accident.

— Un oncle mort d'une affection cardiaque consécutive à une crise de rhumatisme articulaire aigu.

— Un oncle V. B. P.

2° Mère V. B. P.

— Grand'mère morte de la grippe en 1918.

— Grand-père mort, cause inconnue.

— Deux tantes V. B. P.

— Une tante morte de la grippe en 1918.

— Un oncle atteint de néphrite chronique

3° Une sœur V. B. P.

Un frère V. B. P.

Un frère mort dans un accident.

Une sœur morte d'un abcès de l'amygdale

Antéeédents personnels.

Grippe en 1918.

Rhumes assez fréquents dans l'enfance.

Elevée à la campagne.

Histoire professionnelle.

A 18 ans sans avoir fait d'études d'infirmière travaille dans une clinique chirurgicale, pendant dix-huit mois.

A ce moment voulant faire ses études d'infirmière elle est soumise à un examen médical préalable et refusée pour maladie de cœur.

Après un an de repos elle commence ses études dans une école régionale d'infirmière sans nouvel examen médical.

Deux ans d'études et de stages dont sept mois de sanatorium et six mois de service de médecine contenant des tuberculeux. Au bout de ces deux ans amaigrissement important et petite hémoptysie. Une radiographie est faite qui n'aurait rien révélé. Trois semaines de repos.

Diplôme régional en 1931.

Prend alors un service d'hôpital pendant deux ans.

En janvier 1933 point de côté, toux et expectoration. La malade travaille encore un mois et demi, puis se fait examiner.

Tuberculose pulmonaire bilatérale étendue, envoyée alors en sanatorium.

Résumé.

Pas d'histoire de tuberculose familiale. Bonne santé dans l'enfance. A 19 ans, refusée à l'admission dans une école d'infirmière pour maladie de cœur, un an après admise dans une autre école sans examen médical.

Deux ans d'études et de stages dont sept mois d'hôpital-sanato-

rium, amaigrissement, hémoptysie, examen médical et radiographie ne montrent rien d'anormal.

Deux ans après : tuberculose pulmonaire bilatérale étendue.

Observation XXVIII.

Mme X, 32 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 31 ans de méningite (?)

— Grand-père mort à 72 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte à 35 ans affection pulmonaire aiguë.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort 78 ans, cause inconnue.

— Grand'mère morte à 76 ans, cause inconnue.

— Un oncle mort à la guerre.

— Un oncle mort au cours de son service militaire, affection pulmonaire aiguë (1 mois de maladie).

3° Deux sœurs V. B. P.

4° Mari (divorcée) V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole dans l'enfance.

Quelques bronchites depuis l'âge de 2 ans, mais pas particulièrement fragile.

A 20 ans travaille dans un atelier de modiste pendant un an avec une camarade tuberculeuse, contacts nombreux et répétés ; les deux jeunes filles travaillant ensemble dans la journée et partageant la même chambre.

Une deuxième compagne est devenue tuberculeuse peu après.

Ces contacts cessent au moment de son mariage, mais peu après grand amaigrissement, puis toux et expectoration. Entre à l'hôpital puis est dirigée sur un sanatorium.

En 1925 P. A. D., rapidement efficace.

Histoire professionnelle .

En 1926 sans avoir fait d'études d'infirmière et en continuant un peu à se soigner commence des gardes particulières, continue jusqu'en 1930.

A ce moment-là cesse de se ménager et alterne gardes particulières fatigantes et services d'infirmière de sanatorium.

En 1932 recommence à maigrir et à tousser, en avril 1933 P.A.G. et arrêt du P. A. D.

Après trois mois et demi de repos reprend un service limité puis au bout de six mois service complet en sanatorium.

En juin 1935 grande fatigue, amaigrissement, se décide à se reposer quelques mois en sanatorium.

Résumé.

Pas d'antécédents familiaux certains (père mort de méningite). A 20 ans contact pendant un an avec une compagne tuberculeuse grave. Un an après tuberculose ulcéro-caséeuse P. A. D. efficace. Au bout d'un an travaille comme infirmière. Quatre ans plus tard tuberculose ulcéro-caséeuse gauche. P. A. G. efficace abandon du P. A. D. Après un an et demi de travail : amaigrissement, nouvelle évolution droite.

Observation XXIX.

Mme X, 35 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux.

1° Père mort d'angine de poitrine, avait eu une pleurésie quelques années au paravant.

— Grand-père mort d'un ulcère à l'estomac.

— Grand'mère morte, cause inconnue.

— Une tante V. B. P.

2° Mère morte par empoisonnement, atteinte d'une maladie de cœur.

— Grand-père mort à 28 ans, embolie.

— Grand'mère morte du choléra.

Une tante morte de la fièvre typhoïde.

3° Une sœur morte à 11 ans de complications rénales de la scarlatine.

4° Mari ayant eu pendant la guerre blessure du poumon droit, du diaphragme et du foie.

Actuellement bon état pulmonaire mais mauvais état hépatique.

Antécédents personnels.

Rougeole, varicelle et oreillons dans l'enfance.

Scarlatine à 16 ans avec néphrite.

A 17 ans : bronchopneumonie nécessitant son séjour pendant cinq mois dans une station de cure climatique, c'est à la même période que se produisit la pleurésie de son père.

Aucun contact tuberculeux connu dans l'entourage.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 17 ans, mais en amateur, poursuivies pendant trois ans, mais très peu de stages hospitaliers, suivis avec intermittence, pas de stages de tuberculose.

Travail interrompu de 20 à 30 ans.

A 20 ans interruption de grossesse pour albuminurie persistante, curetage utérin.

A 21 ans typhus exanthématique.

A 29 ans rubéole.

A 31 ans prend un travail d'infirmière dans une clinique chirurgicale.

Puis gardes particulières ou service de veilleuse en clinique.

En outre assure souvent le service d'externe bénévole dans les hôpitaux.

Grand surmenage de ce fait.

En mars 1934 à 34 ans mauvais état général.

Température subfébrile 37°7, 37°9, apparition d'un ganglion sus-sternal qui grossit progressivement malgré divers traitements médicamenteux et un traitement par rayons X. Une radiographie pulmonaire montre une petite infiltration du sommet gauche, toux et expectoration.

Se décide à entrer en sanatorium en août 1934.

Résumé.

Pleurésie du père de la malade au moment où celle-ci a un épisode pulmonaire mal caractérisé nécessitant un séjour de plusieurs mois dans une station climatique. Pas d'autres antécédents familiaux.

Travail d'infirmière commencé de 17 à 20 ans.

Repris à 30, travail de clinique ou garde particulière ou veille, surmenage hors des heures de travail; adénopathie cervicale gauche et légère infiltration du sommet gauche.

Observation XXX.

Mlle X, 28 ans. Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père âgé de 70 ans, paraplégique depuis un an.

— Grand-père mort à 78 ans, paralysie progressive avec cécité.

— Grand'mère morte vers 70 ans, congestion cérébrale.

— Une tante V. B. P.

— Un oncle mort dans un accident.

2° Mère morte à 38 ans de tuberculose pulmonaire, un mois après la naissance de notre malade.

— Grand-père mort vers 40 ans, de tuberculose pulmonaire.

— Grand'mère morte vers 60 ans, cause inconnue.

— Deux oncles morts de tuberculose pulmonaire (pas de contact).

— Un oncle V. B. P.

— Une tante V. B. P.

3° Une sœur de 40 ans V. B. P.

— Un frère mort de tuberculose pulmonaire il y a deux ans; en contact avec la malade pendant cinq à six ans.

— Une sœur jamais malade mais toujours fatiguée, manquant de résistance à l'effort.

— Un frère V. B. P.

— Un frère mort en bas-âge de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels.

Enfance très maladive, née avant terme, élevée à la campagne jusqu'à 7 ans.

Hématuries à 4 ans.

Adénites cervicales à 6 ans.

A partir de 7 ans va en pension et se porte mieux.

Angines fréquentes, jamais de rhumes.

Appendicite chronique opérée à 16 ans au cours d'une crise aiguë avec péritonite.

Histoire professionnelle.

A 22 ans commence ses études d'infirmière.

Radiographie à l'entrée à l'école : Bon état pulmonaire. Quatorze mois d'études.

Stages de médecine générale avec tuberculeux, chirugie, infantile contagieux, salle de pansements.

Le service est très dur.

Souffre alors beaucoup du dos, amaigrissement important; trop fatiguée quitte l'école.

Après quinze jours de repos va pendant trois mois comme infirmière dans un préventorium.

A ce moment se sent très bien.

Elle exerce alors pendant un an dans une clinique chirurgicale nouvel amaigrissement, puis température à 39°, toux, point de côté gauche, pleurite, température élevée pendant un mois, radiographie repos conseillé. Passe trois mois à la campagne, se sent bien.

Va alors sur la Côte d'Azur pour reprendre ses études mais elle ne peut y rester plus de deux mois : fatigue, malaises, dyspnée.

Prend alors du travail dans une clinique chirugicale pendant deux ans et demi.

Très bon état général. Pendant cette période visites fréquentes à un frère atteint de tuberculose pulmonaire, puis pendant un mois s'installe auprès de lui et le soigne jusqu'à sa mort.

Obligée alors de prendre encore un mois de repos.

Reprend du service dans une clinique chirurgicale pendant quatorze mois, les huit derniers mois service de veilles très mal supporté car la malade ne peut arriver à dormir dans la journée.

Amaigrissement de 8 kg. Radiographie : tuberculose pulmonaire bilatérale discrète. Quatre mois de repos.

En janvier 1935 se sent très bien prend du service dans une clinique chirurgicale à la campagne.

En août, température à 39° pendant huit jours.

Radiographie, séjour de sanatorium conseillé.

Résumé.

Importante histoire de tuberculose familiale. Contact avec sa mère et son frère morts de tuberculose pulmonaire. Episodes tuber-

culeux dans l'enfance, puis bonne santé entre 8 et 23 ans, études d'infirmière pendant un an, puis 5 ans de service d'infirmière interrompus de nombreux épisodes pulmonaires. A 28 ans tuberculose pulmonaire bilatérale discrète.

Observation XXXI

Mlle X., 28 ans. Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 60 ans de congestion cérébrale.

— Grand'mère morte d'affection pulmonaire aiguë.

— Deux oncles morts en bas âge.

— Un oncle mort à la guerre.

— Une tante morte d'infection puerpérale.

— Trois oncles et tantes V. B. P.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort à 36 ans de tuberculose pulmonaire.

Grand'mère morte à 82 ans d'un cancer du rectum.

— Un oncle mort à la guerre, aurait eu un épisode pulmonaire.

— Un oncle mort à la guerre.

— Un oncle mort de méningite tuberculeuse.

3° Un frère actuellement en bonne santé ayant eu une pleurésie.

Un frère actuellement en bonne santé ayant eu une corticopleurite.

Présence dans le milieu familial pendant plusieurs mois d'une domestique tuberculeuse ayant des hémoptysies.

Antécédents personnels.

Coqueluche dans la petite enfance, rougeole, scarlatine, varicelle, bronchites fréquentes, tous les hivers.

Anémie sérieuse entre 12 et 15 ans correspondant à une période de surmenage scolaire.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 20 ans. Diplôme d'Etat d'hospitalière.

Première année : beaucoup de travail mal supporté, entérite.

Deuxième année : à l'occasion d'une amygdalite examen médical approfondi, radioscopie : bon état pulmonaire.

Typhoïde (épidémie dans l'école) sans complications, 2 mois de repos.

Puis bonne santé jusqu'à son examen.

Aussitôt après fait des gardes particulières.

A 23 ans, alors qu'elle termine une garde de 34 jours auprès d'une tuberculeuse pulmonaire à la période terminale, présente un point de côté gauche.

A ce moment appendicectomie, anesthésie au balsoforme.

Le point de côté gauche persiste, légère angine, toux, température à 38°. Les suites opératoires étant simples sortie au bout de 11 jours.

Le 19e jour apparition d'une pleurésie gauche, température élevée, ni toux ni expectoration. Examen radioscopique et ponction évacuatrice de 100 cc.

Repos pendant six mois, puis reprise de travail. Deux radiographies à trois mois d'intervalle montrent de petites taches aux deux sommets.

Pendant deux ans travail de monitrice.

Etudes d'infirmière-visiteuse à 25 ans.

Examen médical d'entrée satisfaisant.

Aucun incident pendant les études.

Entre alors comme infirmière-visiteuse au service d'une administration.

Examen médical avec radioscopie satisfaisant.

Dix mois de service, puis à l'occasion de troubles digestifs examen médical avec radiographie pulmonaire.

Envoyée pour six mois en sanatorium.

Résumé

Histoire de tuberculose familiale dans la famille maternelle, mais aucun contact, par contre présence pendant plusieurs mois dans le milieu familial d'une domestique tuberculeuse. Episodes tuberculeux légers chez les deux frères de notre malade.

Enfance fragile. Assez bonne santé pendant les études d'infirmière. A 23 ans pendant une garde particulière chez une tuberculeuse point de côté gauche. A ce moment appendicectomie avec anesthésie à l'éther, au 19e jour pleurésie gauche. A 28 ans, à l'occasion d'un examen général pour troubles digestifs, radiographie pulmonaire : tuberculose bi-apicale discrète.

Observation XXXII

Mme X., 33 ans, Elève infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort d'accident.

— Grands-parents mort cause inconnue.

— Une tante morte : fibrome.

— Une tante V. B. P.

— Un oncle V. B. P. mais deux de ses fils sont tuberculeux et le troisième V. B. P. est père d'un enfant tuberculeux.

2° Mère morte tuberculeuse mais ses enfants étaient séparées d'elle depuis 10 ans notre malade ayant alors 2 ans.

— Aucun renseignement sur les grands-parents.

— Une tante V. B. P.

— Une tante actuellement en bonne santé aurait eu une affection pulmonaire.

3° Deux frères V. B. P.

Antécédents personnels.

— A 4 ans aurait eu une scoliose qui a été traitée par gymnastique et bains de mer chauds. Actuellement cette scoliose n'est plus apparente.

— Dans l'enfance : rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche.

— En 1918 grippe légère.

— A 24 ans infection dentaire provoquant une ostéite du maxillaire inférieur qui laisse en séquelle une parotidite chronique. Traitée à deux reprises par les rayons X en 1929 et en 1934.

— A eu pendant plusieurs années un contact d'un mois chaque été avec ses cousins tuberculeux.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 29 ans. Examen médical simple.

Première année : bonne santé, pas de surmenage, restrictions alimentaires (ne s'habituant pas à un régime d'internat).

Deuxième année : impression de fatigue correspondant à une augmentation de travail. Stage de tuberculose.

Troisième année : service de pharmacie et de radiologie.

En janvier : examen pulmonaire, radioscopie révèle à gauche quelques ombres.

Toux intermittente pendant l'hiver.

En février : calcul du canal de sténon, incision puis séance de rayons X.

Aussitôt après grande fatigue, inappétence.

En juin hémoptysie.

Résumé

Histoire de tuberculose familiale. Contact possible avant deux ans avec une mère morte de tuberculose pulmonaire dix ans après. Contacts intermittents avec des cousins malades.

Pas d'antécédents prrsonnels de tuberculose avant ses études d'infirmières.

Etudes commencées à 29 ans, bien supportées en première année entraînant de la fatigue la deuxième année. Un début de la troisième année examen radioscopique suspect. Tuberculose ulcéro-caséeuse droite en juin de la même année.

Observation XXXIII

Mme X., 36 ans, Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort de congestion pulmonaire en 2 jours.

— Grand-père mort très âgé cause inconnue.

— Grand'mère morte très âgée cause inconnue.

— Deux oncles morts âgés cause inconnue.

— Deux tantes V. B. P.

2° Mère morte de tuberculose pulmonaire, la malade ayant 22 ans.

— Grand-père mort à plus de 80 ans cause inconnue.

— Grand'mère morte à plus de 80 ans cause inconnue.

— Cinq tantes V. B. P.

— Deux oncles morts de tuberculose pulmonaire, jamais de contact.

3° Deux frères V. B. P.

— Une sœur morte à 24 ans de tuberculose pulmonaire.

4° Mari a eu un tuberculose pulmonaire avant son mariage mais actuellement bonne santé apparente.

Antécédents personnels.

Rougeole dans la petite enfance.

Très vigoureuse jusqu'à 20 ans.

A 20 ans tumeur blanche du genou pendant la maladie de sa sœur. Immobilisation pendant 4 ans, séjour au bord de la mer. Très bon état pulmonaire. Résection du genou droit au bout de 3 ans. Un an après reprise de travail. A 26 ans, après 1 an et demi, de vie active, hémoptysie, six mois de repos chez elle puis 9 mois d'hôpital sanatorium.

Considérée comme guérie.

Histoire professionnelle.

Commence alors à 27 ans, ses études d'infirmière dans l'hôpital où elle s'est soignée, en vue de l'obtention d'un diplôme régional.

A 28 ans, après une chute souffre de nouveau de la jambe, nouvelle intervention sur le genou droit, excellent résultat.

Prend alors un poste d'infirmière toujours dans le même hôpital-sanatorium.

Jusqu'à 32 ans bon état général puis poussée évolutive. Repos six mois, reprend son travail, vue de six mois en six mois à la radio. Radiographies de plus en plus chargées. En décembre 1934, à 36 ans, grosse bronchite, arrêt.

Résumé

Histoire familiale de tuberculose. Contact avec une mère et une sœur tuberculeuses. En même temps développement d'une tuberculose osseuse (tumeur blanche du genou) puis suite constante d'incidents tuberculeux à 2 ou 3 ans d'intervalle; poussée évolutive pulmonaire, fait alors ses études d'infirmière et reste à exercer dans le même sanatorium. Reprise de la tumeur blanche du genou, guérie alors par résection du genou puis rechute pulmonaire. Aggravation progressive pendant 4 ans. Arrêt pour épisode aigu.

Observation XXXIV

Mme X., 26 ans, Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort d'une maladie de cœur.

— Grand'mère morte jeune cause inconnue.

— Deux tantes V. B. P.

2° Mère actuellement en bonne santé a été atteinte il y a 4 ans de tuberculose pulmonaire.

Jusqu'à ce moment elle n'avait jamais paru malade malgré sept grossesses.

— Aucun renseignement sur les grands-parents.

— Une tante morte de tuberculose pulmonaire. Aucun contact.

— Une tante actuellement en bonne santé a été atteinte de tuberculose pulmonaire. Aucun contact.

— Un oncle V. B. P.

3° Une sœur a eu il y a 8 ans une hémoptysie sans autre incident pathologique, actuellement asthme et bronchite aiguës fréquentes.

— Une sœur a eu il y a 3 ans quelques crachats hémoptoïques, trois mois de repos. Bonne santé apparente.

— Trois autres sœurs et un frère V. B. P.

4° Mari V. B. P.

Antécédents personnels.

Coqueluche et rougeole dans l'enfance.

A 15 ans oreillons suivis de grande dépression nerveuse.

Histoire professionnelle.

Etudes de Croix Rouge commencées à 18 ans.

A 19 ans prépare diplôme d'Etat. Examen médical simple.

Première année : gros surmenage, car en plus de ses études gagne sa vie comme surveillante d'internat.

Sous alimentation, car repas souvent sautés par manque de temps.

Obligée de prendre 8 jours de repos pour grande fatigue.

Deuxième année : fatigue persistante. Même surmenage, mais n'est pas obligé de s'arrêter.

Aussitôt après le diplôme d'Etat sans vacances prend un poste.

Visiteuse de puériculture pendant un an.

Beaucoup de travail.

Visiteuse scolaire pendant deux ans, à l'entrée examen radiographique : bon état.

Grande fatigue.

Arrêt en novembre 1933 pour tuberculose évolutive du sommet droit.

Résumé

Histoire familiale de tuberculose. Mère tuberculeuse mais très peu de contacts. Très bonne santé dans sa jeunesse. Sumenage intense au moment de ses études de 19 ans à 21 ans. Service de visiteuse pendant trois ans. Tuberculose évolutive à 24 ans.

Observation XXXV.

Mlle X., 30 ans. Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père, hypertension artérielle.

— Grand-père mort vers 50 ans.

— Grand'mère morte jeune cause inconnue.

— Un oncle mort de tuberculose pulmonaire à 45 ans.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort d'embolie à 55 ans.

— Grand'mère morte à 78 ans de tuberculose pulmonaire, début par hémoptysie, durée de la maladie un an, pendant tout ce temps soignée par notre malade.

— Trois oncles ou tantes morts en bas âge.

— Deux oncles morts de tuberculose pulmonaire à 19 et 28 ans.

— Une tante morte de tuberculose pulmonaire à 28 ans.

— Un oncle V. B. P. mais dont la femme et les 3 enfants sont morts de tuberculose pulmonaire.

— Trois oncles V. B. P.

— Une tante atteinte d'un ulcère d'estomac.

3° Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 28 ans.

— Six frères et sœurs V. B. P.

— Une sœur a eu des hémoptysies.

Antécédents personnels.

Ne se souvient pas d'avoir été jamais malade sauf à 15 ans, où pour évanouissements et maux de tête on la fait rester couchée 15 jours.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 24 ans.

Diplôme d'Etat d'hospitalière et visiteuse.

Examen médical d'entrée avec radiographie : bon état.

Première année, grande fatigue, entéro-colite.

Deuxième année, persistance de l'entéro-colite, fatigue croissante. Souffre beaucoup pendant ses études du passage d'une vie à la campagne à la vie très confinée d'un internat dans une grande ville et du travail d'infirmière.

Troisième année, nouvelle radiographie normale mais très mauvais état général.

Fatigue toujours croissante.

Puis prend un poste de visiteuse rurale. A l'entrée nouvelle radiographie normale.

Meilleur état général. Disparition de l'entero-colite.

Au bout d'un an change de poste et prend un service de visiteuse antituberculeuse. Nouvelle radiographie normale.

Surmenage dû en partie à son travail et en partie à des conditions familiales. Reçoit quelques temps chez elle une jeune cousine tuberculeuse.

Au bout de six mois, hémoptysie ; examen, radiographie : tuberculose évolutive du sommet gauche.

Résumé

Très importante histoire de tuberculose familiale chez les collatéraux mais non du père et de la mère. Contact avec une grand'mère (contact terminal), une sœur et une cousine tuberculeuses. Très robuste jusqu'au début des études d'infirmières. Là très fatiguée par le changement de vie et de l'entéro-colite. Cependant radiographie normale. De même après un an de service de visiteuse. Mais après 18 mois de service de visiteuse anti-tuberculeuse et une période de surmenage, tuberculose évolutive.

Observation XXXVI

Mlle X. , 45 ans. Infirmière-hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 63 ans d'une pleurésie après trois mois de maladie, toux et expectoration, ponctions évacuatrices répétées. La malade avait à ce moment là 23 ans et donnait ses soins à son père.

— Grand-père mort à 75 ans infection urinaire.

— Grand'mère morte vers 40 ans dans un accident de voiture.

— Une tante V. B. P.

2° Mère morte de péritonite aiguë à 44 ans.

— Grand-père mort à 88 ans congestion pulmonaire après fracture du col du fémur.

— Grand-mère morte à 62 ans diabétique.

3° Un frère V. B. P.

Antécédents personnels.

Scarlatine dans l'enfance avec néphrite, depuis albuminurie fréquente.

Fracture de bras dans l'enfance.

A 22 ans après une chute hydarthrose droite nécessitant trois mois d'immobilité.

A 25 ans appendicectomie.

Oreillons à 34 ans, à peu près à la même époque développement d'une maladie de Basedow fruste traitée depuis.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière commencées à 36 ans.

Examen médical d'entrée, sans radioscopie : bon état.

Dans la première année de stage : typhoïde (séro-diagnostic) arrêt pendant 4 mois.

La deuxième année rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques et néphrite, arrêt pendant trois mois.

La troisième année après un stage de quatre mois dans un service de tuberculose à l'occasion d'un épisode grippal : pleurite gauche.

Après le diplôme d'Etat prend un srvice hospitalier.

Pendant dix mois service de roulement comprenant alternativement deux mois de service de nuit, un mois de service de tuberculose (malades à la période terminale).

Puis service chirurgical pendant quatre ans.

Au cours de l'année 1933 en novembre furonculose laissant une fatigue persistante.

En avril 1934 pleurésie gauche à début brutal.

Résumé

Père mort d'une pleurésie. Bonne santé jusqu'à 39 ans à ce moment termine ses études d'infirmière par un stage de 4 mois en service de tuberculose. Au cours de ce stage pleurite gauche.

Après plusieurs mois de service de tuberculose prend pendant 4 ans un service de chirurgie. Pleurésie gauche à début brusque sans cause apparente.

Observation XXXVII

Mlle X., 25 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort âgé cause inconnue.

— Grand'mère morte jeune cause inconnue.

2° Mère âgée de 58 ans présente depuis l'âge de 17 ans diverses manifestations tuberculeuses, transitoires : abcès froids, hémoptysies, poussées évolutives pulmonaires, etc.

— Grand-père mort de tuberculose pulmonaire.

— Grand'mère morte à 34 ans affection cardiaque.

— Une tante morte de tuberculose pulmonaire.

— Une tante V. B. P.

3° Trois frères et sœurs V. B. P.

— Une sœur atteinte de tuberculose pulmonaire.

— Un frère mort à la guerre.

— Trois frères et sœur mort en bas âge de méningite.

— Deux frères et sœur morts en bas âge de gastro-entérite.

Antécédents personnels.

En contact avec sa mère jusqu'à l'âge de 12 ans, aucunes précautions d'hygiène.

Rougeole dans l'enfance.

Entérite. Rhumes fréquents.

Paralysie faciale droite apparue brusquement à l'âge de 17 ans, améliorée après traitement électrique.

Reconnue tuberculeuse à 18 ans en juillet 1929 à l'occasion d'un examen médical systématique pour situation administrative, ne se soigne pas.

En mars 1930, nouvel examen médical.

Envoyée en sanatorium pendant trois ans. En octobre 1933 quitte le sanatorium malgré l'avis médical contraire.

Histoire professionnelle.

En octobre 1933 à 23 ans entre dans un sanatorium de plaine comme infirmière stagiaire.

Au bout d'un mois titularisée.

Travaille pendant un an. Travail assez dur puis en décembre 34, toux, expectoration, température à 38°. Repart comme malade en sanatorium.

Résumé

Importante histoire de tuberculose familiale : mère, oncles et tantes, frères et sœurs. Reconnue elle-même malade à 18 ans. Se soigne de 19 à 22 ans en sanatorium. Prend du travail comme infirmière dans un sanatorium bien qu'elle ne soit pas entièrement remise. Au bout d'un an de service, poussée évolutive, repart en sanatorium.

Observation XXXVIII

Mlle X., 34 ans. Infirmière-visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père mort en 8 jours de grippe infectieuse, présentait des crises d'asthme depuis l'âge de 35 ans.

— Grand-père mort d'accident.

— Grand'mère morte à 83 ans cause inconnue.

— Une tante morte à 22 ans de phtisie galopante.

— Un oncle mort en quelques jours de grippe infectieuse.

— Quatre autres oncles et tantes V. B. P.

2° Mère morte d'une maladie de cœur.

— Grand-père mort d'une attaque de paralysie à 65 ans.

— Grand'mère 89 ans.

— Plusieurs oncles et tantes V. B. P.

3° Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 22 ans, pleurésie deux ans auparavant.

— Cinq autres frères et sœurs V. B. P.

Antécédents personnels.

Elevée à la campagne. Très bonne santé dans l'enfance. Rougeole à 10 ans. Coqueluche à 12 ans. A 22 ans paratyphoïde mal carac-

térisée, pas d'examen du sang. Deux mois de maladie. Convalescence courte.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 30 ans.

Préparation du diplôme d'Etat d'hospitalière et visiteuse.

Première année. Examen d'entrée avec radioscopie : bon état.

Stages de médecine générale, chirurgie, contagieux. A ce moment rhumatisme articulaire aigu, malade six semaines, persistance d'un souffle systolique de la pointe pendant quelques années.

Deuxième année. Médecine, chirurgie, maternité, hôpital sanatorium. En stage de maternité, scarlatine légère, arrêt un mois et demi.

Troisième année. Stage de sanatorium, pouponnière, service social. Grande fatigue.

Après le diplôme d'Etat six semaines de repos.

Prend en janvier 34 un service de visiteuse de l'enfance; moins de travail mais toujours grande fatigue. En mars hémoptysie.

Résumé

Père asthmatique. Une tante morte de tuberculose pulmonaire, pas de contact. Vie à la campagne. Bonne santé. A 22 ans paratyphoïde mal caractérisée. A 29 ans contact de peu de durée avec une sœur tuberculeuse. Rhumatisme articulaire aigu et scarlatine en cours d'études. Grande fatigue pendant la troisième année. Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite reconnue après trois mois de service comme visiteuse, mais remontant vraisemblablement à quelques mois avant.

Observation XXXIX

Mlle X., 26 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 62 ans crise cardiaque.

- Grand-père mort à 76 ans cause inconnue.
- Grand-mère morte à 67 ans, embolie.
- Trois oncles morts pendant la guerre.
— Un oncle mort d'un cancer de l'œsophage.

— Un oncle mort d'une fluxion de poitrine après quelques jours de maladie.

— Un oncle mort en Syrie de dysenterie.

— Une tante V. B. P.

2° Mère morte de congestion cérébrale à 44 ans.

— Grand-père mort à 36 ans cause inconnue.

— Grand-mère morte de néphrite chronique à 35 ans.

— Deux oncles V. B. P.

3° Un frère aîné mort à 18 mois gastro-entérite puis méningite.

— Un frère V. B. P.

— Deux sœurs V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole à 4 ans.

Coqueluche à 5 ans.

A 12 ans épisode grippal avec otite.

Toujours très maigre mais en bonne santé apparente.

A 22 ans alors qu'elle effectue un travail de bureau se trouve en contact avec une compagne tuberculeuse toussant et crachant située juste en face d'elle.

Grande fatigue, amaigrissement progressif, ni toux, ni expectoration. On pense à de l'hyperthyroïdie.

Devant l'accroissement de la fatigue, la malade prend quatre mois de repos.

Histoire professionnelle.

Se sentant mieux la malade alors âgée de 23 ans suit des cours de Croix-Rouge.

Au cours de son mois de stage on lui conseille le repos. Cependant elle termine son certificat de Croix-Rouge.

Puis un deuil et différentes circonstances de famille l'empêchent de se reposer.

Lorsqu'elle retourne consulter un médecin on lui conseille un séjour en montagne pour tuberculose pulmonaire à forme scléreuse.

Séjour de cinq mois en Savoie en cure libre puis la malade prend un service d'infirmière dans un sanatorium de plaine pour rester sous une surveillance médicale.

Service chargé, fatigant.

Au bout d'un an de travail en décembre 1933 va passer un mois de congé au bord de la mer.

Au retour cliché radiographique. Tuberculose pulmonaire bilatérale non excavée étendue.

Arrête seulement son travail en mars pour partir en sanatorium.

Résumé

Aucun antécédent de tuberculose familiale.

A 22 ans contact de bureau avec une compagne tuberculeuse. Fatigue et amaigrissement progressif. A 23 ans cours de Croix-Rouge.

A 24 ans tuberculose pulmonaire, 6 mois de cure libre puis rentre dans un sanatorium comme infirmière. Au bout d'un an : tuberculose bilatérale étendue ; part en sanatorium.

Observation XL

Mlle X., 28 ans, Elève-infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père actuellement en bonne santé, a eu avant la naissance de la malade une pleurésie.

— Grand-père mort de congestion cérébrale vers 65 ans.

— Grand-mère V. B. P.

— Un oncle mort d'accident en bas âge.

— Un oncle mort à la guerre.

2° Mère V. B. P. n'a jamais été malade.

— Grand-père mort très jeune dans un naufrage.

— Grand-mère morte vers 75 ans cause inconnue.

— Une tante morte à 20 ans de la fièvre typhoïde.

3° Deux frères V. B. P.

— Une sœur actuellement bien portante a eu de fréquentes bronchites dans l'enfance.

Antécédents personnels.

Gastro-entérite dans la petite enfance, crises persistant jusque vers 14 ans.

Typhoïde à 5 ans.

Coqueluche, oreillons, rougeole.

Jamais de rhumes ni de bronchites.

Angines fréquentes jusqu'à 17 ans.

A 20 ans rhumatismes, sans température, douleurs tantôt localisées à une articulation tantôt généralisées, maintenant la malade au lit entre trois à six semaines. Crises renouvelées pendant une période d'environ trois ans.

Contact tuberculeux de 20 à 22 ans, avec une compagne morte de tuberculose pulonaire six semaines après la séparation. Dans un même dortoir sur 16 compagnes 5 autres sont tuberculeuses ou le deviennent.

Histoire professionnelle.

Commence à 22 ans stages d'infirmière en vue du diplôme d'Etat, les cours théoriques devant être suivis ultérieurement. Service de chirurgie pendant trois mois.

Huit heures de travail d'infirmière mais d'autres occupations en même temps.

Fatigue progressive, perte de l'appétit. Crise de douleurs rhumatismales sans température, au bout d'un mois et demi de repos. Quelques expectorations sanglantes. Radiographie. Tuberculose ulcéro-caséeuse droite.

Résumé

Père ayant eu une pleurésie avant la naissance de la malade, aucun contact tuberculeux connu dans l'enfance. Jeunesse très maladive. Maladies infectieuses de l'enfance, entérite, angines rhumatisme. De 20 à 22 ans contact tuberculeux. Etudes commencées à 22 ans, au bout de 3 mois de stage tuberculose ulcéro-caséeuse droite.

Observation XLI

Mlle X, 40 ans. Infirmière non diplômée.

1° Père mort de tuberculose pulmonaire, la malade ayant 15 ans, aurait été malade seulement pendant un an.

— Grand-père mort à 78 ans. Affection des voies urinaires.

— Grand-mère morte à 96 ans.
— Une tante orte vers 50 ans cause inconnue.
— Une tante morte à 78 ans cause inconnue.
— Une tante morte à 15 ans de méningite.
— Un oncle V. B. P.
2° Mère morte d'un cancer utérin.
— Grand-père mort jeune d'un accident.
— Grand-mère morte à 78 ans, hernie étranglée.
— Un oncle mort d'un cancer rectal.
3° Une sœur actuellement bien portante a eu une pleurite.
— Une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Pneumonie à quelques mois.
Ensuite bronchites tous les hivers.
Scarlatine vers 13 ans.

A 25 ans grande fatigue et grande anémie, épisode fébrile à début brusque par 39°, la température tombe lentement et la malade est envoyée se reposer à la campagne, là reprise de la température, se met à tousser et à expectorer. On reconnaît d'importantes lésions de tuberculose pulmonaire. Se soigne pendant six mois en sanatorium. Amélioration. Vit ensuite à la campagne quelques années sans faire de cure.

Histoire professionnelle.

A 29 ans sans avoir fait d'études d'infirmière accepte dans une œuvre particulière un poste correspondant à peu près à celui d'une visiteuse rurale.

Elle occupe ce poste pendant cinq ans bien que le travail fût assez dur. Rechute. Séjour de six mois en sanatorium. Entre alors comme infirmière dans un sanatorium, poste occupé pendant six ans mais paraissant de plus en plus lourd à la malade.

Progressivement réapparition de la toux et de l'expectoration.

Résumé

Contact jusqu'à 15 ans avec son père tuberculeux. Enfance fragile. A 25 ans tuberculose pulmonaire, soignée en sanotorium. Puis travail d'infirmière pendant 5 ans. Rechute. Travaille de nouveau 6 ans. Tuberculose bilatérale ancienne très étendue.

Observation XLII

Mlle X, 31 ans. Infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort pendant la guerre, intoxication par les gaz de combat, quelques mois de maladie mais à ce moment aucun contact avec sa fille.

— Grand-père mort âgé cause inconnue.

— Grand-mère morte âgée cause inconnue.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort accident de chasse.

— Grand'mère V. B. P.

— Deux tantes V. B. P.

3° Une sœur V. B. P.

— Un frère V. B. P.

— Un frère actuellement bien portant, a subi une néphrectomie pour pyélonéphrite à staphylocoques.

Antécédents personnels.

N'aurait eu aucune maladie dans l'enfance. Enfant très robuste et résistante. A 18 ans appendicite, opérée en crise.

Histoire professionnelle.

A 14 ans commence à soigner des vieillards. A 19 ans prend un service hospitalier en chirurgie. En même temps commence des études pour l'obtention du diplôme d'Etat et pour le titre d'infirmière militaire. Surmenage. A 22 ans passe son diplôme d'Etat et prend des gardes particulières.

Pendant plusieurs mois soins de jour et de nuit auprès d'une tuberculeuse.

A 23 ans amaigrissement de 8 à 10 kilogs, extrême fatigue, pleurite droite.

Va voir un médecin phtisiologue qui propose un P. A. D. La malade refuse. Peu à peu elle se sent mieux et reprend du service.

A 25 ans prend service dans une clinique chirurgicale pendant six ans.

Au bout d'un an se sent de nouveau très lasse, commence à tousser et à cracher. Examen médical avec radioscopie. Il y a deux ans

nouvel examen médical; on lui conseille de se soigner et on commence une série de crisalbine arrêtée à 9 grammes pour intolérance.

A 31 ans complètement à bout de forces se décide à entrer en sanatorium.

Tuberculose pulmonaire bilatérale excavée.

Résumé

Tuberculose paternelle probable après intoxication par les gaz de combat; à ce moment, pas de contact avec la malade. Travail auprès des malades commencé à 14 ans; à 23 ans, tuberculose pulmonaire immédiatement après plusieurs mois de soins à une tuberculeuse grave; continue cependant son travail pendant 9 ans encore. A ce moment, tuberculose pulmonaire bilatérale excavée.

Observation XLIII

Mlle X, 31 ans. Infirmière visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père mort d'un cancer, la malade ayant six ans.

Grand-père mort à 89 ans, cause inconnue.

Grand-mère morte diabétique.

Un oncle mort à 64 ans, de congestion cérébrale.

Un oncle vivant, mais souffrant d'une maladie de foie.

2° Mère V B P.

Grand-mère morte à 77 ans, scoliose gauche, ayant entraîné insuffisance cardiaque.

Grand-père mort à 78 ans, cause inconnue.

Antécédents personnels.

Ablation des végétations à 5 ans.

Rubéole dans l'enfance. Oreillons à 16 ans. A 26 ans, appendicectomie.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière commencées à 27 ans.

Examen médical au début des études; rien à signaler.

Durant les trois années d'études, aucune maladie, mais grande fatigue.

Deux examens médicaux avec radioscopie après le diplôme d'Etat et avant de prendre un service d'infirmière visiteuse dans un dispensaire, montrent une image thoracique normale.

Au bout de 7 mois de service, à l'occasion d'un refroidissement brutal, la malade se met à tousser pendant 4 ou 5 jours puis brusquement la température s'élève à 39° 5; on pense d'abord à une typhoïde (hémoculture négative) puis devant la chute brusque de la température, on fait un examen systématique. La radiographie pulmonaire montre une tuberculose pulmonaire bilatérale non excavée.

Entre au sanatorium.

Résumé

Aucun antécédent tuberculeux. Bonne santé jusqu'aux études. A ce moment, grande fatigue mais aucun incident pathologique. Examen médical à la fin des études : bon état. Après 7 mois de service de visiteuse. Tuberculose pulmonaire bilatérale non excavée.

Observation XLIV

Mme X, 36 ans, infirmière visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père, mort vers 60 ans cause inconnue.

— Grand-mère morte vers 60 ans cause inconnue.

— Un oncle mort d'accident dans l'enfance.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort à 66 ans, cause inconnue.

— Grand-mère morte à 88 ans, cause inconnue.

— Un oncle mort après appendicectomie.

— Deux oncles en bonne santé.

3° Un frère mort en bas âge de gastro-entérite.

— Dix frères et sœurs V. B. P.

4° Mari mort au bout de 2 ans et demi de ménage, de tuberculose intestinale (ne toussait ni ne crachait).

5° Un enfant mort de méningite tuberculeuse.

— Une petite fille V. B. P.

Antécédents personnels.

Aucune maladie de l'enfance.

Jeunesse passée à la campagne.

Vers 12 ans la malade a fait plusieurs séjours de courte durée chez un parent éloigné atteint de tuberculose pulmonaire. Aucune précaution d'hygiène n'était prise par l'entourage.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière visiteuse commencées à 24 ans.

Examen médical d'entrée montre à la radioscopie une diminution de transparence du sommet gauche.

La première année se passe sans incidents : stages de médecine générale, de chirurgie et de spécialités.

La deuxième année : 2 mois de service de tuberculose, 4 mois de dispensaire antituberculeux.

Pendant l'hiver de cette année scolaire la malade commence à tousser et cracher, vers la fin de l'année légère hémoptysie, 2 mois de repos. Elle passe alors l'examen du diplôme d'Etat. Elle va alors travailler dans un préventorium pendant un an.

Les premiers mois reprise de poids, ni toux ni expectoration, puis brusquement angine avec température élevée 39° qui persiste après l'angine à 37° 8, 38° puis brusquement la température remonte à 39° congestion pulmonaire gauche, 3 mois de repos.

Examen médical ; nouveau repos de six mois dans sa famille ; tuberculose évolutive du sommet gauche.

Résumé

Pas de tuberculose dans la famille. A 12 ans contact de peu de durée avec un parent éloigné tuberculeux. Mari mort de tuberculose intestinale après 2 ans et demi de mariage. Etudes d'infirmière à l'examen d'entrée : diminution de transparence du sommet gauche. A la fin de la deuxième année : hémoptysie. Travail d'un an en préventorium. Tuberculose ulcéro-caséeuse gauche.

Observation XLV

Mme X, 33 ans, élève infirmière.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 52 ans, embolie cérébrale.

— Grand-père mort à 75 ans cause inconnue.

— Grand-mère morte à 82 ans

— Six oncles et tantes V. B. P.

— Un oncle mort vers 40 ans cause inconnue.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort à la guerre de 1870.

— Grand-mère morte à 74 ans affection cardiaque.

— Une tante V. B. P.

— Un oncle ancien prisonnier de guerre garde un mauvais état général (ne tousse ni ne crache).

4° Mari mort de tuberculose pulmonaire après intoxication par les gaz de combat pendant la guerre.

Mort en 1933. Soigné par sa femme pendant sept ans.

Pas d'enfants.

Antécédents personnels.

Rougeole coqueluche, varicelle.

Très solide pendant son enfance.

Beaucoup de surmenage pendant la maladie de son mari. Grande dépression morale après la mort de celui-ci. Radioscopie : bon état pulmonaire. Un an de repos.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 32 ans (un an après la mort de son mari). Excellent état général, ni toux ni expectoration. Cependant une radiographie pratiquée au début des études montre une infiltration intercléido-hilaire et périscissurale droite. Cette image étant considérée comme ancienne, la malade est acceptée et commence ses études.

En janvier 1935 après un mois de stage en service de tuberculose épisode grippal avec température à 38° 3 et asthénie prononcée. Quinze jours de repos. Auscultation : rien d'anormal. Reprend ses stages :

Deux mois en gynécologie.

Un mois en médecine infantile.

Un mois en chirurgie.

A ce moment chute sur le genou gauche. Hydarthrose. Repos de 8 jours prolongé ensuite pendant 3 semaines. Au cours de cette période de repos. Sensations douloureuses du côté gauche, toux, légère expectoration, température 38°. Radiographie : tuberculose pulmonaire bilatérale non excavée étendue.

Entre en sanatorium.

Résumé

Pas d'histoire de tuberculose chez les parents. Bonne santé jusqu'à son mariage. Mari tuberculeux pulmonaire mort au bout de sept ans. Un an après la mort de son mari examen radiographique pour commencer les études d'infirmière, montre une infiltration inter-cléido-hilaire et périscissurale droite. 4 mois plus tard hydarthrose du genou gauche. Nouvel examen radiographique : tuberculose pulmonaire bilatérale étendue non excavée.

Observation XLVI

Mlle X, 30 ans, infirmière hospitalière.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 76 ans hypertension artérielle.

— Grand-mère morte à 77 ans : attaque de paralysie.

— Un oncle mort en bas âge accident.

— Un oncle mort à 64 ans cause inconnue.

— Une tante atteinte d'une affection nerveuse (?)

— Huit oncles et tantes V. B. P.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort d'un ulcère d'estomac.

— Grand-mère atteinte d'une affection cardiaque.

— Un oncle V. B. P.

— Six oncles et tantes morts en bas âge.

3° Une sœur a eu une congestion pulmonaire dans l'enfance Restée très fragile.

— Une sœur opérée pour goitre dans l'enfance actuellement bien portante.

— Deux frères V. B. P.

Antécédents personnels.

A 3 ans, entérite.

Rougeole, Oreillons, Varicelle dans l'enfance.

A 13 ans, tænia, peu après coqueluche suivie de bronchopneumonie.

A partir de cet âge très bonne santé apparente.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière commencées à 20 ans

Prépare le diplôme d'Etat d'infirmière hospitalière.

Pendant ses stages : 4 mois de médecine générale dans un service contenant de nombreux tuberculeux à une période avancée. Très bonne santé durant ces années d'études.

Puis prend service de chirurgie pendant 8 mois, pendant un an garde particulière auprès d'intoxiqués ou de malades atteints de maladies infectieuses. Puis de nouveau 18 mois de service de chirurgie. Beaucoup de travail, amaigrissement important.

Puis service de dispensaire pendant 18 mois; au cours de ce service tousse et crache pendant 3 mois : un examen radioscopique ne montre rien d'anormal.

Puis pendant 20 mois garde particulière.

Enfin pendant deux ans service de clinique ; la 1re année : service de chirurgie et service de tuberculose alternés.

La 2e année : chirurgie et les trois derniers mois service de tuberculose : grands malades, période terminale.

En même temps grand surmenage en dehors des heures de travail.

Grande fatigue, toux, pas d'expectoration, température normale. Examen médical par prudence : légère infiltration para-hilaire gauche.

Résumé

Aucun antécédent familial, pas de contact tuberculeux connu dans l'enfance. Etudes bien supportées. Exerce pendant 8 ans, jamais malade, souvent fatiguée. Après deux ans d'un service alternativement de chirurgie ou de tuberculose : fatigue, toux. Légère infiltration para-hilaire gauche.

Observation XLVII

Mlle X, 28 ans, infirmière visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 67 ans insuffisance cardiaque. Sa première femme était morte de tuberculose à localisation osseuse et pulmonaire. Lui-même toussait assez souvent mais n'avait jamais été considéré comme atteint d'une affection pulmonaire.

— Grand-père mort à 56 ans cause inconnue.

— Grand-mère morte très jeune cause inconnue.

— Un oncle mort de congestion pulmonaire à 40 ans.

— Un oncle et 2 tantes V. B. P.

2° Mère actuellement en bonne santé a eu il y a 3 ans une pneumonie franche aiguë.

— Grand père mort de tuberculose pulmonaire.

— Grand mère morte à 60 ans congestion cérébrale.

— Un oncle mort de tuberculose pulmonaire à 24 ans. Aucun contact avec la malade.

3° Un demi-frère mort à 34 ans dans un accident. Avait eu plusieurs congestions pulmonaires.

— Deux sœurs V. B. P.

— Un frère V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole et coqueluche, plusieurs otites dans l'enfance.

Enfant plutôt menue mais non particulièrement fragile.

Elevée à la campagne.

Histoire professionnelle.

Etudes commencées à 21 ans. Diplôme d'Etat de visiteuse.

Avant de commencer les études examen médical avec radioscopie : bon état.

La première année : 2 mois de stage en service de tuberculeux, un mois et demi de médecine générale avec nombreux malades tuberculeux.

Pendant cette année-là pas de maladie, mais amaigrissement.

La deuxième année : un mois de stage de sanatorium, et 3 mois de dispensaire antituberculeux.

Cette année-là est bien supportée sans fatigue.

Plusieurs examens radioscopiques ont été pratiqués et ne montrent toujours rien d'anormal. Après le diplôme d'Etat, service de dispensaire antituberculeux pendant un an et demi, travail très absorbant dans un mauvais climat froid et très humide. Puis changement de dispensaire avec nouvel examen radioscopique à l'entrée.

Beaucoup de travail encore.

La 3e année travaille tout l'hiver dans un bâtiment encore en construction humide et froid. Mauvais état général.

En mai 1935, épisode grippal avec toux et expectoration; un examen radioscopique pratiqué ne montre rien d'anormal. Cependant repos pendant 2 mois.

A ce moment se sent bien et reprend son service.

En septembre examen radiographique pour changement de service Reconnue tuberculeuse.

Résumé

Pas de tuberculose du père ou de la mère mais quelques cas chez les collatéraux. Bonne santé pendant l'enfance, pas de contacts tuberculeux certains. Bonne santé pendant les études et les premières années de service de visiteuse, nombreux examens radioscopiques normaux. Au bout de 4 ans et demi reconnue tuberculeuse au cours d'un examen systématique.

Observation XLVIII

Mlle X, 23 ans, infirmière visiteuse.

Antécédents familiaux.

1° Père mort à 36 ans crise d'urémie.

— Grand-père mort au cours d'un séjour aux colonies.

— Grand-mère morte à 80 ans de pneumonie.

— Un oncle mort à la guerre.

— Un oncle V. B. P.

— Une tante V. B. P.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort à 80 ans de pneumonie.

— Grand-mère V. B. P.

3° Un frère V. B. P.

Une sœur V. B. P.

Antécédents personnels.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Très bonne santé, jamais de bronchites.

Vit à la campagne.

Histoire professionnelle.

Etudes d'infirmière commencées à 18 ans pour l'obtention du diplôme d'Etat de visiteuse et d'hospitalière.

Examen médical à l'entrée à l'école :

Auscultation. Radiographie. Cutiréaction négative. Après un premier stage de trois mois dans un service de médecine contenant des tuberculeux la cutiréaction devient positive, sans manifestations pathologiques d'aucune sorte, pas d'examen médical ultérieur.

La première année d'études se poursuit sans incident avec destages de médecine infantile et de chirurgie. Au cours de la deuxième année d'études en février 1932, épisode grippal avec toux sans expectoration.

Prend 6 mois de repos dans sa famille puis après un examen radioscopique reprend son travail.

La troisième année comportant des stages de dispensaire et de sanatorium se passe sans incident.

Après le diplôme d'Etat trois mois de repos dans sa famille puis service d'infirmière visiteuse de l'enfance à Paris. Examen médical satisfaisant. Beaucoup de travail mais aucune sensation de fatigue. Bon état général.

En juillet 1935 avant de partir en vacances se fait ausculter : état satisfaisant.

Va en août au bord de la mer. Là elle commence à tousser. Pas d'expectoration, pas d'élévation de la température, pas de sensation de fatigue. Cependant devant la toux persistante nouvel examen médical avant de reprendre son travail. Radiographie. Tuberculose pulmonaire bilatérale.

Résumé

Aucun antécédent familial de tuberculose. Très bonne santé jusqu'à ses études d'infirmière. Cutiréaction négative à l'entrée. Au

cours de la 2e année d'études épisode grippal exigeant 6 mois de repos. 3 ans après tuberculose pulmonaire bilatérale étendue développée à bas bruit.

Observation XLIX

Mlle X, 22 ans, élève-infirmière

Antécédents familiaux :

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 65 ans, grippe

— Grand-mère morte à 39 ans, cause inconnue.

— Une tante morte d'un cancer.

— Une tante morte cause inconnue à 26 ans.

— Une tante V. B. P.

— Deux oncles V. B. P.

2° Mère atteinte d'une affection cardiaque.

— Grand-père V. B. P.

— Grand-mère V. B. P.

— Un oncle mort à 21 ans, d'intoxication alimentaire.

— Une tante morte cause inconnue (maladie très brève)

— Un oncle V. B. P.

— Une tante actuellement en bonne santé aurait eu une tuberculose intestinale opérée.

3° Une sœur V. B. P.

Antécédents personnels :

Coqueluche Rougeole. Oreillons dans l'enfance. Angines fréquentes.

Pleurite droite à 17 ans. A ce moment-là, la malade faisait ses études en internat. Parmi les 25 élèves qui suivaient les mêmes cours et couchaient dans le même dortoir il y eut dans l'espace d'un mois, 8 cas de pleurésie ou de pleurite. Convalescence de cinq mois, puis la malade est revue à la radioscopie et trouvée en bon état. Six mois de repos seulement.

Histoire professionnelle :

A 17 ans 1/2, en attendant d'être admise dans une école d'infirmières, travaille dans un centre d'hygiène infantile. Beaucoup de travail. Grande fatigue.

Etudes d'infirmière hospitalière commencées à 18 ans 1 /2.

A l'entrée, examen médical avec radioscopie. Bon état.

La première année : stages successifs de chirurgie, maternité médecine infantile, médecine générale (nombreux tuberculeux) au cours de ce dernier stage, angine de Vincent qui laisse la malade très fatiguée, elle commence à tousser, un mois de repos.

La deuxième année, service de tuberculose pendant deux mois, très grande fatigue, toux persistante. Au cours de ce stage, légère hémoptysie.

Résumé

Pas de contacts tuberculeux dans l'enfance. Une tante atteinte de tuberculose intestinale.

A 17 ans, pleurite (8 cas de pleurésie ou de pleurite le même mois dans le même dortoir de pension).

Au cours de la deuxième année d'études d'infirmière, après deux mois de stages dans un service de tuberculose, hémoptysie.

Observation L

Mlle X, 29 ans, Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux :

1° Père, 65 ans, souffre d'un ulcère d'estomac. Bronchites fréquentes, toux habituelle. Aurait eu de nombreux examens pulmonaires : bronchite chronique (expectoration négative, pas de radiographie pulmonaire).

— Grand-père mort à 51 ans d'un ulcère d'estomac, sujet aux bronchites.

— Grand-mère morte à 77 ans. Hernie étranglée.

— Une tante V. B. P.

— Cinq oncles et tantes morts en bas âge : cause inconnue.

— Deux oncles morts de cancer de l'estomac.

— Une tante morte à 22 ans de la fièvre jaune.

— Une tante morte d'un cancer du foie.

— Un oncle mort de paludisme.

— Un oncle mort à 75 ans de tuberculose pulmonaire après avoir soigné sa fille morte de phtisie galopante.

Le malade n'a eu aucun contact avec eux.

2° Mère V. B. P.

— Grand-père mort à 81 ans, d'angine de poitrine.

— Grand-mère morte à 74 ans, dans un accident d'automobile.

— Un oncle mort en bas âge.

— Un oncle mort d'une fracture de la colonne vertébrale (blessure de guerre).

— Un oncle mort à 55 ans - Insuffisance cardiaque. Une cousine actuellement bien portante aurait eu un spina ventosa.

— Un oncle V. B. P.

3° Une sœur V. B. P.

— Un frère V. B. P.

Antécédents personnels :

Coqueluche, rougeole, oreillons, roséole, varicelle dans l'enfance.

A 12 ans, bronchite durant 3 semaines.

A 16 ans, toux persistante pendant tout un hiver.

A 19 ans, épisode grippal accompagné de toux et de grande fatigue.

De 20 à 23 ans très bonne santé malgré une vie fatigante.

Histoire professionnelle :

A 23 ans, sans études d'infirmière, commence à donner des soins à domicile; fait en outre auprès des malades quelques travaux de ménage dans de fort mauvaises conditions d'hygiène.

A 24 ans, prépare le diplôme de l'U. F. F.

Stages de dispensaire pendant 3 mois.

A côté, vie très absorbante, surmenage. Souffre du dos, tousse.

Examen médical : bon état.

Après un temps d'arrêt, recommence les soins à domicile.

A 25 ans en avril 1931, appendicectomie avec anesthésie à l'éther.

La température persiste pendant tout l'été à 37°7, 37°8. A l'auscultation : râles de bronchite du côté droit.

En octobre 1931, se sent bien; recommence à soigner les malades.

En décembre, crise d'entérite aiguë, puis hématémèse.

Souffre beaucoup du dos. Au cours de l'examen radiologique on

découvre des lésions discrètes de tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite.

Maintenue quatre mois couchée en decubitus dorsal à cause des douleurs dorsales; le diagnostic de mal de Pott est alors entièrement écarté.

Lever progressif, soins jusqu'en janvier 1933. Lentement elle reprend un peu d'activité.

En 1934, reprise de vie sensiblement normale avec même quelques exagérations (travaux de ménage fatigants). En novembre, grande fatigue. Examen médical : rien.

En janvier 1935, température à 38°, toux, expectoration minime, douleurs dorsales. Alternatives de mieux et de fatigue.

En mai, radiographie pulmonaire : cavité rétro-claviculaire gauche, taches discrètes au sommet droit.

Envoyée en sanatorium en juillet 1935.

Résumé

Il s'agit d'une malade dont la famille présente quelques cas de tuberculose chez les collatéraux, le père bronchitique chronique ne serait pas tuberculeux. Aucun contact du reste, avec les oncles et cousins malades.

Cette jeune fille, après avoir eu une enfance maladive comprenant de nombreux épisodes pulmonaires, commence à 23 ans à donner des soins à domicile dans de mauvaises conditions de travail et d'hygiène.

Reconnue tuberculeuse à 25 ans, se soigne 2 ans. Amélioration. Une reprise d'activité trop rapide amène une rechute en janvier 1935.

Observation LI

Mme X, 28 ans, Infirmière-hospitalière.

Antécédents familiaux :

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 88 ans de congestion pulmonaire.

— Grand-mère morte vers 40 ans, affection nerveuse démence puis cécité Mort au bout d'un an de maladie.

— Une tante V. B. P.

2° Mère morte à 40 ans, suites opératoires ; intervention d'ordre gynécologique.

— Grand-père mort à 78 ans, cause inconnue.

— Grand-mère morte à 80 ans, cause inconnue.

— Un oncle V. B. P.

3° Deux sœurs V. B. P.

4° Mari V. B. P.

Antécédents personnels :

Scarlatine et varicelle dans l'enfance.

Très bonne santé pendant toute la jeunesse.

A 16 et 17 ans, examens pulmonaires pour situations administratives : excellent état.

Histoire professionnelle :

Etudes d'infirmière pour le diplôme d'Etat d'hospitalière commencées à 19 ans.

Trois ans d'études. Pas de stage de tuberculose. Stages de médecine générale seulement la deuxième et la troisième année.

Examen médical au début des études : bon état.

Très bonne santé pendant toute la durée des études.

Après l'examen, gardes particulières pendant un an.

Travail de clinique chirurgicale pendant deux ans, dont pendant 10 mois service de chirurgie pulmonaire thoracoplasties.

A cette période, perte de l'appétit, amaigrissement de 3 à 4 kgs. Examen radioscopique : bon état.

Apparition de troubles gastriques, vomissements, entérite.

En 1932, appendicectomie (examen microscopique, pas de tuberculose appendiculaire).

Travaille alors dans des hôpitaux militaires, service de chirurgie.

Examen radioscopique à l'entrée : normal.

Nouvel examen radioscopique en 1933 : normal.

Ni toux, ni expectoration, mais amaigrissement continu (en décembre 1934, le poids tombe à 39 kgs). Grande fatigue.

En janvier et février 1935, deux épisodes grippaux avec température à 40°.

Travail repris au bout de 3 semaines, malgré une température persistante au-dessus de 38°.

En avril, nouvelle élévation de température à 40°5, radiographie. Tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à gauche.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose. Etudes bien supportées; deux ans après, dans un service de chirurgie pulmonaire, amaigrissement, fatigue, troubles digestifs. Bon état pulmonaire. 4 ans plus tard, tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive excavée à gauche.

Observation LII

Mlle X, 31 ans. Assistante sociale.

Antécédents familiaux :

1° Père mort à la guerre en 1914.

— Grand-père mort âgé, cause inconnue.

— Grand-mère morte âgée, cause inconnue.

— Un oncle tué à la guerre.

2° Mère morte à 30 ans de congestion pulmonaire (dix jours de maladie).

— Grand-père mort âgé, cause inconnue.

— Grand-mère morte âgée, cause inconnue.

Antécédents personnels :

Oreillons à 11 ans. Coqueluche à 13 ans. Rougeole à 15 ans.

Pas de rhumes dans l'enfance mais plusieurs angines.

Pas de contact tuberculeux connu.

Histoire professionnelle :

Etudes d'assistante sociale commencées à 23 ans.

Examen médical avec radiographie à l'entrée : bon état.

Deux ans d'études comprenant différents stages de service social. Permanence de mairie, chemins de fer du Nord, centre social, maternité, office national, service social à l'hopital et diplôme de Croix-Rouge. Au cours de ces deux années deux examens radioscopiques sont normaux.

Puis elle prend un service d'assistante sociale dans un dispensaire privé.

Consultations prénatales. Visites à domicile. Démarches diverses.

Travail extrêmement absorbant, grand surmenage. Mauvaise alimentation; (horaire des repas très irrégulier et souvent repas incomplets du fait des nécessités du service), contacts fréquents avec des tuberculeux.

Au bout de six ans de ce service, sans aucune cause provoquante apparente, début brusque de : tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à la base droite.

Résumé

Pas d'antécédents de tuberculose familiale. Pas de contact tuberculeux connu dans l'enfance.

Deux ans d'études d'assistante sociale bien supportés.

Après six ans de surmenage professionnel : tuberculose pulmonaire bilatérale prédominante à droite.

Observation LIII

Mlle X, 25 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux :

1° Père âgé de 60 ans. A eu en 1914, une paratyphoïde suivie d'abcès intercostal, malade pendant plusieurs années. Depuis, continue à tousser et cracher d'une façon presque permanente; toutefois plusieurs examens d'expectoration ont été faits sans qu'on trouve de bacilles de Koch. Une radiographie pratiquée il y a quelques mois n'aurait pas montré de lésions tuberculeuses.

— Grand-père mort vers 60 ans, cause inconnue.

— Grand-mère morte à 75 ans d'insuffisance cardiaque, toussait et crachait; elle vivait dans la famille de son fils.

— Un oncle et une tante V. B. P.

2° Mère présente des troubles hépatiques.

— Grand-père âgé de 77 ans, V. B. P.

— Grand-mère âgée de 75 ans, V. B. P.

— Une tante V. B. P.

3° Une sœur morte à quelques mois.

— Une sœur morte, tuberculose pulmonaire après 3 mois de maladie, la malade ayant 23 ans.

— Une sœur a eu en 1931 une atteinte pulmonaire traitée par pneumo-thorax : actuellement en bon état; pneumothorax encore entretenu.

— Une sœur et un frère en très bonne santé.

— Une sœur de huit ans, très fragile, sujette aux rhumes et aux bronchites ; suivie dans un dispensaire, ne serait pas tuberculeuse.

Antécédents personnels :

Coqueluche, rougeole, varicelle et oreillons dans l'enfance. Broncho-pneumonie à 8 ans, pendant l'épidémie de grippe de 1918.

A 19 ans, typhoïde (hémoculture) au moment de l'épidémie de Lyon.

Histoire professionnelle :

Commence à 20 ans ses études d'infirmière.

Examen médical sans radioscopie : bon état.

Stages pendant un an : médecine infantile, médecine générale service de tuberculose (2 mois), maternité, chirurgie.

Puis elle interrompt ses études et prend du service dans une clinique chirurgicale pendant 18 mois. En 1932, après quelques mois de service : radiographie. Bon état pulmonaire. Beaucoup de travail de 7 heures du matin à 9 heures du soir sans heures de repos dans l'après-midi ; une après-midi de congé par semaine. Au bout de 18 mois de ce service : fatigue, amaigrissement, toux le matin sans expectoration ; radioscopie.

Tuberculose pulmonaire bilatérale non excavée prédominant à droite.

Résumé

Histoire familiale de tuberculose.

Bonne santé dans l'enfance. Un an d'études bien supportées. Après 18 mois de service de clinique chirurgicale : tuberculose pulmonaire bilatérale.

Observation LIV

Mlle X, 25 ans. Sage-femme.

Antécédents familiaux.

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 72 ans subitement, embolie (?)

— Grand-mère morte à 70 ans, cancer du pylore.

— Une tante V. B. P.

2° Mère V. B. P. depuis quelques années sujette aux bronchites.

— Grand-père mort très âgé sujet aux bronchites.

— Grand-mère V. B. P.

— Une tante asthmatique.

3° 3 frères V. B. P.

— Un frère mort-né.

— Une sœur morte à un mois de méningite.

Antécédents personnels :

Rougeole, coqueluche, oreillons dans l'enfance.

Grippe à 11 ans, avec troubles intestinaux persistant plusieurs mois.

Typhoïde (hémoculture) à 16 ans.

A 17 ans, présente un peu de température, maigrit, vives douleurs dorsales. Mal de Pott suspecté — au cours de l'examen général on fait une radiographie pulmonaire qui montre une diminution marquée de transparence de l'hémithorax droit — diagnostic de pleurite.

A cette époque, la malade était en pension, sa voisine de dortoir est morte 5 mois après, de tuberculose pulmonaire. Les deux enfants étaient en contact depuis 4 ans, mais depuis un an environ, s'étaient liées d'amitié et ne se quittaient pas.

Se repose alors 18 mois dans sa famille.

Histoire professionnelle :

Etudes de sage-femme commencées à 19 ans en 1929. Deux ans d'études très bien supportées.

Travail bien réglé sans surmenage. Bonnes conditions d'hygiène.

Se repose ensuite dans sa famille de juillet 1931 à mars 1932.

Prend alors un service dans la maternité d'un hôpital.

Service très pénible. Service de 5 h. 45 du matin à 7 heures du soir, avec repos très variable aux heures de repas. Une nuit de veille sur quatre, remplacée seulement par 6 heures de repos dans la journée du lendemain (10 h. à 16 h.).

En octobre 1933, amaigrissement, fatigue, toux, température à 37°7, 37°8. Auscultation sans examen radioscopique : rien d'anormal.

En mars 1935, fatigue, toux, expectoration. Tuberculose évolutive droite.

Résumé

Pas d'histoire familiale de tuberculose. De 13 à 17 ans, contact suivi avec une camarade morte peu après de tuberculose pulmonaire. A 17 ans, pleurite droite. 18 mois de repos. Etudes de sage femme bien supportées. Après 3 ans d'un service de maternité particulièrement dur, tuberculose pulmonaire droite étendue non excavée.

Observation LV

Mlle X, 23 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux .

1° Père V. B. P.

— Grand-père mort à 84 ans, cause inconnue.

— Grand-mère morte à 26 ans, après un accouchement.

— 35 oncles et tantes sur lesquels on n'a aucun renseignement.

2° Mère atteinte d'hypertension artérielle.

— Grand-père mort à 55 ans d'une congestion pulmonaire.

— Grand-mère morte à 44 ans d'une congestion pulmonaire.

— Un oncle mort à la guerre.

— Un oncle mort, affection cardiaque.

— Deux oncles V. B. P.

3° Une sœur morte à 20 ans de tuberculose pulmonaire, la malade ayant 8 ans.

— Une sœur V. B. P.

— Deux frères V. B. P.

— Une sœur morte à 22 mois, malformation cardiaque congénitale.

Antécédents personnels :

Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Vivait à la campagne.

A 18 ans, amaigrissement, douleurs gastriques; état amélioré par le port d'une ceinture abdominale.

Présence dans le milieu familial pendant deux ans, la malade ayant 19 et 20 ans, d'un domestique qui toussait et crachait et qui est mort peu de temps après de tuberculose pulmonaire.

Histoire professionnelle :

Sans études, commence à 22 ans à soigner des malades dans un

hôpital (trois heures de travail environ le matin). Service de médecine générale puis de chirurgie.

Ce travail dure environ un an.

En décembre 1934, commence à tousser, pas de température, puis brusquement 38° 5, douleur appendiculaire. Opération le 10 décembre, anesthésie au balsoforme. Température persistante. Examen pulmonaire : tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche.

Résumé

Pas de tuberculose chez les parents. Contact avant l'âge de 8 ans avec une sœur, morte de tuberculose pulmonaire, puis entre 19 et 21 ans, avec un domestique tuberculeux grave. A 23 ans, après un an de travail peu important dans un hôpital, commence à tousser, peu après, crise appendiculaire et appendicectomie. Température persistante consécutive. Tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet gauche.

Observation LVI

Mlle X, 30 ans. Infirmière non diplômée.

Antécédents familiaux :

Aucun renseignement.

Antécédents personnels :

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

A 13 ans, pendant l'épidémie de 1918, grippe suivie de complications pulmonaires, malade pendant 3 mois, puis oreillons.

Période ensuite de très bonne santé.

A 23 ans, crise d'appendicite. Appendicectomie.

Histoire professionnelle :

Etudes commencées à 23 ans.

18 mois de stages : chirurgie, maternité, médecine générale, veilles. Très bonne santé; cependant après 4 mois de service de veilles consécutives, se sent fatiguée et arrête ses études.

Service de clinique pendant 2 ans, service de médecine comprenant en majorité des tuberculeux graves.

Travail de jour très chargé, veilles fréquentes sans remplacements dans la journée du lendemain (36 heures de travail de rang).

Au bout de 2 ans, perte complète de l'appétit et du sommeil, amaigrissement important, toux sans expectoration, pas de température. Radiographie. Tuberculose pulmonaire sous-claviculaire droite non excavée.

Résumé

Aucun renseignement sur la famille. Bonne santé dans l'enfance Après 14 mois d'études d'infirmière et 2 ans de travail chargé dans un service de tuberculeux graves : tuberculose pulmonaire sous-claviculaire droite non excavée

CONCLUSION

Il est très difficile d'émettre une opinion sur le début exact et l'étiologie de la tuberculose chez les infirmières, à cause de l'absence de dossiers précis établis au début des études ou du service, et d'examens systématiquement poursuivis.

23 % des malades que nous avons observées sont des élèves-infirmières et il semble que parmi les infirmières devenues tuberculeuses en service, 1/3 aient présenté en cours d'études des épisodes tuberculeux certains ou probables.

La tuberculose de nos malades : infirmières ou élèves s'est déclarée :

Dans 35 cas avant 30 ans ;
Dans 10 cas entre 30 et 50 ans.

Sur 44 infirmières :
8 ont interrompu leur service avant 1 an de pratique ;
20 ont interrompu leur service entre 1 et 5 ans ;
15 ont interrompu leur service après 5 ans.

Sur 11 élèves :
4 ont interrompu leurs études la 1re année ;
5 ont interrompu leurs études la 2e année ;
1 a interrompu ses études la 3e année ;
2 avaient arrêté puis repris leurs études.

La moitié des malades ont des antécédents de tuberculose familiale, mais 1/3 seulement paraissent avoir été soumises à cette contagion.

Parmi celles qui n'étaient pas tuberculeuses avant de commencer leurs études ou leur service la moitié avaient été dans l'année même dans un service de tuberculose.

Parmi les facteurs favorisant le développement d'une tuberculose évolutive le surmenage paraît jouer un grand rôle.

Ce surmenage peut être :

Professionnel et dû :

à un excès d'heures de travail ;

à des veilles trop fréquentes ;

à un travail excessif par intermittence.

Ou extra-professionnel et dû :

à des excès sportifs ;

à des devoirs familiaux ;

à des activités sociales (divertissements ou bienfaisance).

Les autres facteurs étant :

La sous-alimentation ;

Les locaux insalubres ;

Les interventions chirurgicales ;

Les affections aiguës.

Une enquête menée dans les écoles d'infirmières donne les résultats suivants :

4,6 à 6,9 cas pour mille, et par an de tuberculose pulmonaire et 11,8 à 17,7 de tuberculose (pulmonaire et extra-pulmonaire).

Les élèves-infirmières ont, à l'entrée dans les écoles, un examen médical d'admission ; cependant, certaines écoles n'emploient encore pas actuellement pour cet examen la radiologie.

28 écoles seulement exigent une radiographie et 14 une cuti-réaction à la tuberculine.

Les examens en cours d'études ne sont en général pratiqués que lorsqu'une élève maigrit ou paraît fatiguée.

L'infirmière tuberculeuse représente cependant un danger social pour les individus qu'elle approche : enfants et malades.

Il paraît désirable pour pouvoir mener une lutte efficace contre la morbidité tuberculeuse de nos infirmières :

1° Qu'un dossier médical soit dressé pour toute élève-infirmière, notamment une recherche de la cuti-réaction tuberculinique pour pouvoir proposer à celles ne présentant pas de réaction allergique, la vaccination par le BCG ou tout au moins pour les mettre à l'abri des contacts tuberculeux massifs.

2° Que toute infirmière diplômée entrant en service soit soumise à un examen médical et que celui-ci soit systématiquement renouvelé à intervalle déterminé.

3° Que les conditions du travail des infirmières soient réglementées de façon à éviter à celles-ci le surmenage professionnel dû aux veilles et aux horaires de travail trop étendus.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs

enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
E. LEURET

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 décembre 1935
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Ameuille (P.) et **Simon** (Mlle M.). — « La contagion de la tuberculose entre adultes », *Revue de Phtisiologie*, janvier-février 1934.

Armand-Delille (P.-F.). — « Un moyen simple de prophylaxie de la réinfection tuberculeuse et de la prophylaxie des maladies contagieuse chez l'enfant », *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 17 avril 1927.

Arnould (E.). — « La tuberculose dite conjugale et la contagion tuberculeuse chez les adultes », *Revue de la tuberculose*, mars 1925.

— « La tuberculose chez les étudiants en médecine, les médecins et le personnel infirmier », *Revue de Phtisiologie*, novembre-décembre 1932.

Aubertin (E.). — *Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme, Le rôle du terrain*, Doin, 1924.

Barsotelli (L.). — « L'eredita ed il contagio in rapporto alla genesi e all' evoluzione della tubercolosi polmonare », *Revista di patologia e clinica di tubercoli*, 7-30 settembre 1933.

Bellières. — *Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'Assistance publique à Paris*, thèse de Paris, 1932.

Bezançon (F.). — « Les modalités particulières de la contagion de la tuberculose », *Monde Médical*,1-15 juin 1935.

Bezançon (F.) et **Philibert** (A.). — « L'allergie tuberculinique et le problème du terrain dans la tuberculose », *Paris-Médical*, 9 février 1924.

Bourrier. — *Etude sur la transmission de l'infection tuberculeuse*, thèse de Paris, 1931.

Braeuning. — « Einige Fölle von Erkrankung an Tuberkulose infolge von Dienstbeschadigung bei der Behandlung und Pflege Tuberculöser », *Zeitschrift für Tuberküloser*, t. XLIII, 1925.

Brunon. — *La Tuberculose pulmonaire*, Paris, 1913.

Burgess Gordon and **Cashman** (W.-M.). — « Tuberculosis in workers after residence in a Tuberculosis Hospital », *J. A. M. A.*, XCIV, 1930.

Calmette (A.). — *L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux*, Masson, 1928.

— « Sur la vaccination préventive de la tuberculose par le B. C. G. administré par voie buccale chez les adolescents et les adultes non allergiques », *Revue de Phtisiologie*, mars-avril 1933.

— « La tuberculose est-elle réellement contagieuse? », *Presse Médicale*, 27 septembre 1933.

Carlognin (G.). — « La tuberculose est-elle réellement contagieuse? », *Presse Médicale*, 30 mai 1934.

Courcoux (A.). — *La vie post-sanatoriale. L'Infirmière cliniquement guérie.*

Courcoux (A.), **Bidermann**, **Alibert** et **Bucquoy**. — « L'examen médical des étudiants en médecine et des infirmières ». Sociétés d'études scientifiques, séance du 12 mai 1934 *in Revue de Phtisiologie*, juillet 1934.

— « La primo-infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine et les infirmières », Sociétés d'études scientifiques, séance du 12 mai 1934 , *Revue de Phtisiologie*, juillet 1934.

Debove. — *Leçons sur la tuberculose parasitaire*, Paris, 1884.

Debré (R.) et **Martigny-Gagey** (M^me^). — « Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. Les antécédents de 400 malades tuberculeux et non tuberculeux de l'hôpital Beaujon », *Revue de la tuberculose*, juin 1931.

Denoyelles (L.). — *Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, thèse de Paris, 1925.

Geer (E.-K.). — « Primary tuberculosis among nurses », *Nat. Tub.* 28, 1932.

— « Tuberculosis among nurses », *Archives of Internal Medecine*, 49, 1932.

Heimbeck. — « La cuti-réaction de Pirquet après vaccination sous-cutanée par le B. C. G. chez quelques infirmières », *Presse Médicale*, 26 octobre 1926.

Heimbeck et **Scheel**. — « Tuberculose blandt medisiuske studenter » *Norsk. mag. f. Laegevidensk*, n° 8, 1930.

Ickert (F.). — « Phänotype Vorbedingungen für das angelen von tuberkulösen infectionen und reinfektionen in der Lung der Erwachsenen. *in Zeitschrift für Tuberkulose*, t. XLV, 1926.

Jacquerod. — « L'infection tuberculeuse des internes en médecine *Presse médicale*, 16 janvier 1929.

Jouve (A.). — *Les données actuelles du problème hérédité-contagion*, thèse de Bordeaux, 1934.

Jullien. — « Les parts respectives de la contagion et de l'hérédité dans le développement de la tuberculose humaine », *Mouvement sanitaire*, octobre 1935.

Lumière (A.). — *Tuberculose, contagion, hérédité*, Lyon, 1931.

— *Hérédo-Tuberculose*, Lyon, 1935.

— « L'allergie dans la tuberculose », *Avenir médical*, mars 1932.

— « La tuberculose est-elle réellement contagieuse? Réponse aux arguments de M. Calmette », *Presse Médicale*, 15 novembre 1933.

— « A propos de la contagion des infirmières dans les services de tuberculeux », *Avenir Médical*, 31 décembre 1933.

Lombard. — « De l'influence des professions sur la phtisie pulmonaire », *Annales d'Hygiène publique*, t. XXI, p. 301.

Martin (A.). — « Les causes de la tuberculose et la question du terrain », *Revue de Phtisiologie*, juillet-août, 1925.

Myers (A.). — « Recents facts on transmission of tuberculosis », *J. A. M. A.*, XCVII, 1931.

« Types of lesions found in the chests of students of nursing and medecine », *American Review of Tuberculosis*, t. XXVIII, july 1933.

Paraff. — « Recherches sur la réinfection tuberculeuse du cobaye. Effet des injections continues et discontinues », Compte rendu, Soc. de Biol., XCXV, 13 novembre 1926.

— « Contagion de la tuberculose », *Gazette des Hôpitaux*, 27 juin 1934.

Piéchaud (F.). — « La tuberculose du personnel des hôpitaux et sa prophylaxie », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 septembre 1927.

Piéchaud (F.) et **Guibert**. — « Note sur une fiche de renseignements sur l'hérédité et les contages des malades tuberculeux », *Journal de médecine de Bordeaux*, 30 décembre 1932.

Philibert (A.) et **Kouchnir** (V.). — « Infection et réinfection tuberculeuse intra-trachéale chez le cobaye », Compte rendu de la Soc. de Biol., XCIV, 13 février 1926.

Pissavy (A.). — « Les surinfections dans l'étiologie de la tuberculose en milieu hospitalier », *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine des Hôpitaux de Paris*, 14 avril 1927.

Pons (R.). — « Réflexions sur l'infection tuberculeuse de l'homme », *Presse Médicale*, 28 décembre 1934.

— « Pourquoi l'infection tuberculeuse est-elle allergisante et n'est-elle pas vaccinante? », *Presse Médicale*, 21 septembre 1935.

Pottier (R.). — *De la conception actuelle de la valeur accordée à la notion de contagion dans l'étiologie de la tuberculose pulmonaire évolutive*, thèse de Paris, 1926.

Rist (E.). — *La tuberculose pulmonaire*, Paris, 1927.

— « Dépistage et contrôle de la tuberculose parmi le personnel infirmier des hôpitaux de Paris », *Revue de Phtisiologie*, mars-avril 1925.

Rist (E.) et **Simon** (M^lle^ M.). — « Contribution à l'étude de la contagion tuberculeuse chez les infirmières », *Presse Médicale*, 18 octobre 1933.

Roïboul (N. de). — *De l'importance des surinfections exogènes dans la genèse de la tuberculose évolutive dans le personnel hospitalier soignant les bacillaires*, thèse de Paris, 1928.

Ross (E.-L.). — « Tuberculosis in nurses. Study of the disease in 60 nurses admitted to Manitoba Sanatorium », *Canadian Med. Ass. Journal*, 22 marsh 1930.

Sanarelli (M.-G.). — « Le rôle de l'hérédité dans la tuberculose », *Revue de Phtisiologie*, septembre-octobre 1930.

Scheel (O.). — « Vaccinations par injections de B. C. G. en Norvège », VII^e^ Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose, Oslo, août 1930.

— « La tuberculose parmi les étudiants en médecine à Oslo et sa prévention par la vaccination au B. C. G. », *Revue de la tuberculose*, mai 1935.

Secousse (H.) et **Lamothe** (P.). — « Contagion et hérédité de la tuberculose », *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 juillet 1932.

Sergent (E.). — *Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, Masson, 1933.

Seynat (J.-G.). — *La tuberculose chez les étudiants en médecine*, thèse de Bordeaux, 1928.

Shipman (S.-J.) and **Davis** (E.-A.). — « Tuberculosis and tuberculous infection among nurses », *American Review of Tuberculosis*, 27 may 1933.

Simon (M.). — *Contribution à l'étude de la contagion de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte*, thèse de Paris, 1933.

Stephani-Cherbuliez (M^lle^). — « Tuberculose et hérédité », *Revue de Phtisiologie*, septembre-octobre 1930.

Strauss. — *La tuberculose et son bacille.*

Westergaard. — « Etude statistique critique des vaccinations au B. C. G. effectuées chez les élèves-infirmières de l'hôpital Ullevaal d'Oslo par J. Heimbeck », *Presse Médicale*, 26 avril 1930.

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1936.